



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**El embarazo adolescente. Factores de riesgo
y protección, una mirada desde la
psicoeducación**

TESIS PRESENTADA POR

Karen Lizbeth Vega Guillén

Para la obtención del grado de

Maestra en Psicología

Comité tutorial

Ana María Méndez Puga (Tutora)

María de la Luz Pérez Padilla

Esther Gabriela Kanán Cedeño

Elsa Edith Zalapa Lúa

María de Lourdes Vargas Garduño

MORELIA, MICHOACÁN, OCTUBRE, 2021



ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	8
Justificación.....	14
CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIAS DE HOY	19
1.1 ¿Qué es la adolescencia?	19
1.2 Etapas de la adolescencia.....	24
1.3 Cambios biológicos y psicosociales	30
1.4 La perspectiva de derechos para pensar las adolescencias.....	36
CAPÍTULO 2. EL EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FENÓMENO	41
2.1 Embarazo y maternidad adolescente.....	41
2.2 Atención o control prenatal.....	44
2.3 Factores determinantes del embarazo precoz.....	48
2.4 Repercusiones psicosociales del embarazo en la adolescencia	54
2.5 Políticas, programas y acciones ante este fenómeno	57
CAPÍTULO 3. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE	64
3.1 Los factores de riesgo y protección	65
3.2 Factores de riesgo y protección durante el embarazo adolescente.....	72
3.3 Maltrato y violencia a la embarazada.....	78
3.4 El maltrato prenatal	84
CAPÍTULO 4. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN	90
Preguntas de investigación	90
Supuestos	90
Objetivos	91
CAPÍTULO 5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	92
Técnicas de recolección de la información: entrevista semiestructurada y cuestionarios.....	95
Contexto.....	98
Consideraciones éticas.....	101
CAPÍTULO 6. HALLAZGOS	104
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN	140
CONCLUSIONES	151

Limitaciones y recomendaciones	153
REFERENCIAS	156
APÉNDICES.....	176

RESUMEN

No existe un concepto universal de qué es la adolescencia ya que cada joven se desenvuelve distinto en cuanto a estilos de vida, temas culturales, entornos sociales y clases socio económicas en diversos tiempos, épocas y lugares por lo cual, tener una definición única es complicado. En esta investigación se plasman algunas definiciones generales que comparten la misma información principalmente de la búsqueda de identidad de los y las jóvenes así como de la necesidad de establecer independencia emocional y psicológica, en ocasiones, manifestándose en conductas de riesgo como la sexualidad temprana que puede originar un embarazo en esta edad. Las adolescentes embarazadas pueden vivir en condiciones de riesgo durante su embarazo y en algunos casos, propiciar maltrato prenatal.

El objetivo es analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente de embarazo. Es una investigación cualitativa con el diseño de una entrevista semi estructurada y un cuestionario que se aplicó a adolescentes embarazadas del Hospital “Dr. Miguel Silva” de la Ciudad de Morelia, Michoacán y del Colegio de Bachilleres plantel Tarímbaro, lo anterior para recabar datos para la creación de un taller psicoeducativo, con el que se busca fortalecer, informar, sensibilizar e informar a las madres adolescentes, para así minimizar y evitar los factores de riesgo durante y después del embarazo.

Se trabajaron los datos obtenidos mediante el software Atlas ti. Los hallazgos obtenidos arrojaron principalmente que las participantes vinculan el contar con un acceso a servicios de salud con una buena salud en sus embarazos, también se obtuvo que la comunicación familiar es importante para una experiencia positiva en sus embarazos y la experiencia negativa dependerá de aspectos como la información que tengan o no durante su embarazo, entre otros.

Palabras clave: adolescencia, factores de riesgo, factores de protección, embarazo, maltrato prenatal

ABSTRACT

There is not a universal concept of what adolescence is since each young person develops differently in terms of lifestyles, cultural issues, social environments and socio-economic classes at different times, times and places, therefore, having a single definition is complicated. This research contains some general definitions that share the same information, mainly about the search for identity of young people as well as the need to establish emotional and psychological independence, sometimes manifesting in risky behaviors such as early sexuality that can cause a pregnancy at this age. Pregnant adolescents can live in risky conditions during their pregnancy and in some cases, lead to prenatal abuse.

The objective is to analyze the risk and protective factors related to adolescent pregnancy, from the perspective of a group of women with a recent experience of pregnancy. It is a qualitative research with the design of a semi-structured interview and a questionnaire that was applied to pregnant adolescents from the Hospital "Dr. Miguel Silva "from the City of Morelia, Michoacán and the Colegio de Bachilleres, Tarímbaro campus, the foregoing to collect data for the creation of a psychoeducational workshop, which seeks to strengthen, inform, sensitize and inform adolescent mothers, in order to minimize and avoid risk factors during and after pregnancy.

The data obtained was worked on using the Atlas ti software. The findings obtained mainly showed that the participants link having access to health services with good health in their pregnancies, it was also obtained that family communication is important for a positive experience in their pregnancies and the negative experience will depend on aspects such as the information they have or do not have during their pregnancy, among others.

INTRODUCCIÓN

En México, según las Proyecciones de Población 2010-2015 del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), en el año 2015 el total de la población en el país fue de 121 millones de personas, en cuanto al sexo, se indica que hay una mayor representación en mujeres con un 51.2 por ciento total, mientras que los hombres constituyen un poco menos de la mitad (48.8%) siendo en su mayoría, población adolescente y joven, lo que implica un incremento de la población adulta mayor, a corto y mediano plazo.

El CONAPO (2016) señala que, en cuanto a la composición por edad, aproximadamente 33.4 millones de personas son menores de 15 años, lo que representa una tercera parte de la población nacional (27.6%); 31.6 millones tiene edades de entre 16 a 29 años, esto significa que un poco más de la cuarta parte de la población (26.1%) son adolescentes o jóvenes. Un aspecto de sumo interés dentro del tema demográfico de la población es el análisis de la fecundidad y la salud reproductiva, en particular en edades fértiles (15 a 49 años), al respecto es importante conocer la estructura por edad de la población femenina, ya que las prácticas sexuales y reproductivas, así como las anticonceptivas y de atención a la salud varían de una edad a otra y requieren atención diferenciada.

Aunado a lo anterior, el CONAPO (2016) muestra que el grupo de edad de 15 a 19 años representa el 16.5 por ciento del total de las mujeres en edad fértil. Las adolescentes (5.5 millones) son consideradas como el grupo más numeroso de mujeres en edad reproductiva. Con base a lo anterior, las distintas formas en que lleven a cabo su vida sexual y reproductiva, tendrá un impacto en su desarrollo, lo cual se convierte en un desafío al proveer la atención y servicios necesarios de anticoncepción que permita evitar embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual.

En 2017, se registraron alrededor de 400 mil nacimientos en adolescentes entre los 19 años o menos, de estos, 10 mil 280 casos se dieron en edades de 10 y 14 años (Valadez, 2018). Según la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) en su informe del 2019 menciona que la tasa

de embarazos aumentó entre 2012 y 2018 en niñas de 10 a 14 años pasando de una tasa de 1.9 nacimientos por cada mil niñas en 2012 a 2.3 en 2018.

Por tanto, es importante la atención a la salud materna que implica el área física y mental de las adolescentes, así como el acceso a servicios de salud acordes a las necesidades de las jóvenes, reforzando programas de salud sexual y reproductiva. Además de los programas preventivos, es importante sensibilizar a la población en torno a apoyos específicos que requieren las adolescentes cuando son madres.

Por otro lado, de acuerdo al Fondo para las Naciones Unidas de la Infancia (2002), la adolescencia es una etapa del desarrollo que inicia a los 10 años de edad, dando comienzo a la búsqueda de identidad de los jóvenes, el sentido a la vida y a encontrar un lugar en el mundo. Durante la adolescencia, éstos buscan establecer su independencia emocional y psicológica, aprender a entender y vivir su sexualidad y a considerar su futuro como un aspecto importante en su vida.

Pérez y Santiago (2002) explican que la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, la cual consta de dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años), en las cuales, los jóvenes buscarán su independencia social y psicológica, esto como parte importante de su desarrollo emocional y psicológico. La etapa de adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, una curiosidad sexual, una búsqueda de autonomía e independencia mezclada con cambios en la conducta, entre otras. Por otra parte, en la adolescencia tardía se puede hablar sobre una culminación en gran parte del crecimiento y del desarrollo.

Un tema que se relaciona con la vida sexual de los y las adolescentes, es el fenómeno del embarazo adolescente, el cual según Gamboa y Valdés (2013), se define como el embarazo que se produce en una mujer adolescente entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia. El INEGI (2014) de acuerdo con la Encuesta Nacional de Población de la Dinámica Demográfica 2014 mostró que el porcentaje de niños y niñas nacidos de madres adolescentes creció de 15.1% en 2003 a 18.0% en 2013, esto significa que 1 de cada 5 bebés nacen de una madre adolescente. Entre 2009 y 2014 hubo

un incremento en la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, donde se registraron 70.9 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2009 y 77 en el año 2014.

Según Valadez (2018) la UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mencionan que, en México, 32.7 millones de mujeres son madres y de éstas, seis de cada 10 tienen edades de alrededor de 14 años lo cual, determina que en el país se registran alrededor de 400 mil nacimientos en adolescentes entre los 19 años o menos, de éstos 10 mil 280 se dieron entre niñas de 10 a 14 años en el 2017.

Como parte del apoyo a las adolescentes embarazadas están las políticas públicas orientadas al tema del embarazo como forma de controlar la expansión demográfica y asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y mujeres en general. En México, el gobierno ha efectuado políticas sobre salud sexual y reproductiva para la prevención y reducción del embarazo adolescente, al acceso a la información y a métodos anticonceptivos, ante esto es importante analizar por qué a pesar de esto, la tasa de embarazos en adolescentes ha incrementando esto según la Secretaría de Salud en su Informe del 2017 llamado las “Políticas Públicas para Reducir el Embarazo Adolescente en México”.

Carreón, Mendoza, Pérez Gil, Soler y González (2004) mencionan que durante el proceso del embarazo adolescente se pueden desencadenar factores de riesgo y de protección los cuales se relacionan con aspectos individuales, educativos y sociales, permitiendo ver al embarazo adolescente desde una perspectiva multicausal. En cuanto a los factores de protección se encuentran aspectos relacionados a un favorable desarrollo humano y a la recuperación de la salud física y mental: lo que posibilita contrarrestar los factores de riesgo y así disminuir la vulnerabilidad en las adolescentes, dentro de estos factores se encuentran la buena comunicación interpersonal, la alta autoestima, el proyecto de vida elaborado, el sentido de vida, la permanencia educativa y un alto nivel de resiliencia, entre otros (Páramo, 2011).

Los factores de riesgo propician que se origine algún tipo de daño tanto en la madre adolescente como en el feto. A estos comportamientos o conductas se les

conoce como violencia, la cual tiene una relación con la violencia fetal, maltrato fetal o maltrato prenatal (Calderón y Alzamora, 2006; Pérez, López y León, 2008; Gutiérrez, Marín y Molina, 2009). Dentro de los factores de riesgo se encuentran las limitaciones educativas, un rechazo al entorno familiar, consumo de drogas y alcohol, relaciones sexuales sin protección, mayor posibilidad de abortos inducidos, descuido de la salud física y emocional de la adolescente, entre otros.

Para comprender de manera más clara a qué llamamos maltrato prenatal, es necesario saber que dentro del mismo existen actos negligentes que se refieren al descuido u omisión en el cumplimiento de una obligación que en ocasiones pone en riesgo al individuo o a tercer personas, por tanto, el maltrato prenatal, se define como cualquier acto que, de manera intencional y por tanto negligente, en este caso, puede llegar a lesionar la salud de la embarazada y del embrión o feto (Gutiérrez et al., 2009). Las mujeres adolescentes embarazadas son el grupo de población que registra los mayores porcentajes de maltrato prenatal a diferencia de las madres adultas, siendo el control prenatal inadecuado la principal causa de este tipo de maltrato, se argumenta que la alta incidencia de este factor en las jóvenes se debe a la poca información que las madres adolescentes tienen sobre la gestación (Gutiérrez et al., 2009 como se citó en Moyeda, Sánchez, Cervantes y Vega, 2013).

Según la Organización Panamericana de la Salud en su protocolo de Atención Prenatal en Atención Primaria de la Salud (2011) se menciona que la atención prenatal consiste en acciones asistenciales que se resumen en entrevistas o visitas programadas con los especialistas de salud y la embarazada, con el fin de controlar la evolución del embarazo y así llevar una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, todo lo anterior, para disminuir riesgos antes y durante el proceso de embarazo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que sólo el 63% de las embarazadas adolescentes en África, el 65% en Asia y el 73% en Latinoamérica asisten al menos a una consulta de cuidados prenatales (WHO, 1997). Otro estudio llevado a cabo en Colombia reportó una prevalencia del 69% y 38.88% y una

mediana de 4 consultas por gestante (Díaz, Cáceres, Becerra, Pérez y Uscátegui, 2000).

Con los datos anteriores se puede observar la poca asistencia de las adolescentes embarazadas a las consultas de cuidados prenatales debido a factores asociados a la edad, bajos ingresos, la multiparidad, el bajo nivel educativo, la baja condición socioeconómica, la falta de pareja estable, las barreras financieras, el no contar con un seguro de salud, entre otras (Cáceres, 2009).

Otras acciones que generan maltrato prenatal es cuando la madre adolescente es consumidora de drogas legales (alcohol y tabaco) o ilegales (marihuana, cocaína, inhalantes u otras sustancias), la inducción al aborto y también cuando la adolescente embarazada es víctima de violencia física (Gutiérrez et al., 2009).

De acuerdo con León, Loredo, Trejo, López y García (2007) se calcula que una de cada cuatro mujeres gestantes es maltratada en el mundo. Sin embargo, es complicado identificar con exactitud este problema ya que los factores como temor, vergüenza, inseguridad e incluso protección al propio agresor (para mantenerlo oculto), impiden conocer la cifra exacta (Cuevas, Blanco, Juárez, Palma y Valdez, 2006).

Con todo lo anterior, queda claro que se necesitan trabajos de investigación que orienten a la necesidad de mayor reflexión y análisis en torno al tema del embarazo en adolescentes, promoviendo la investigación de estudios en este sentido, que puedan abarcar múltiples dimensiones del fenómeno, siendo así que el objetivo de dicha investigación sea analizar los factores de riesgo y protección que presentan las adolescentes embarazadas, antes y después de una intervención psicoeducativa.

De acuerdo a la problemática planteada y con las altas tasas que se muestran, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente?

ANTECEDENTES

En el 2015 el Estado Mexicano implementó la estrategia para atender el fenómeno del embarazo adolescente en todos los sectores tanto públicos como privados, surgiendo la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) con el fin de establecer acciones específicas e interrelacionadas para en el 2030 alcanzar una reducción en la fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años.

El Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2015) con base a la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes mostró que en México el 60% de los embarazos adolescentes son de padres hombres con edades mayores a 20 años y las edades de las niñas de entre 10 y 11 años con un 31%, de 12 a 14 años con un 19% y de 15 años en adelante con un 11.5% y que el total de nacimientos registrados en México, el 18.2% son de madres adolescentes menores de 20 años, al igual, se plasma en dicha estrategia que se esperaba que la tasa de fecundidad en mujeres de 15 y 19 años disminuyera a un 69.2% de nacimientos por cada mil adolescentes en el 2010, 65.4 nacimientos en 2020 y para el 2030 se espera baje a 63.5. De acuerdo a esta investigación se espera que, en los próximos 10 años, la fecundidad (nacimientos en subconjunto de población, en área especificada durante un tiempo específico) adolescente disminuya, pero no las tasas de natalidad (nacimientos en conjunto total), debido a que las mujeres jóvenes tienen hijos.

Por su parte en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1990 a 2014, se reportó que hubo un aumento en la fecundidad adolescente en mujeres de 15 a 19 años con un 81.4% en 1990, un 64.4% en 2004 y un 77.0% en 2014, lo cual ha sido motivo de alerta debido a las implicaciones demográficas y para la vida de las y los adolescentes (CONAPO, 2016).

Según la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2019) plasmo que en el 2018 de los 156, 757 nacimientos fueron de madres de 9 y 17 años, 147, 450 correspondiendo a adolescentes de 15 a 17 años, incrementando en 1% respecto al 2013 donde 10,307 correspondieron a niñas y

adolescentes de entre 9 y 14 años, lo que equivale a 6.6% del total de nacimientos de madres de 9 a 17 años, incrementándose en 24% con respecto al 2013.

En México, durante el sexenio del expresidente Vicente Fox Quesada surgió el Programa “Arranque Parejo en la Vida” que buscaba asegurar la atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, un crecimiento y desarrollo de niñas y niños con las mismas oportunidades desde su nacimientos hasta los dos años de vida, disminuir la mortalidad materna prioritariamente en regiones de mayores incidencias de defunciones, disminuir la mortalidad neonatal e infantil, entre otros (Morales, Ayala, Morales, Astorga y Castro, 2018).

A pesar de contar con programas de carácter político como el anterior, en el 2015 habrían muerto alrededor de 303 mil mujeres por causas obstétricas, las cuales formaban parte de países de ingresos bajos pudiendo haber evitado dichas muertes si la oportunidad y la calidad de atención a la salud materna fuera más completa y de fácil acceso. Hablar de atención prenatal es mencionar diferencias entre los países y su nivel de desarrollo, los ingresos de las mujeres (alto o bajo) y el tipo de población (rural o urbana). Es considerado que el mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a adolescentes menores de 15 años al tener más complicaciones obstétricas, siendo una de las causas de muerte en la mayoría de los países en desarrollo con cifras de 1 en 4,900 mujeres en países desarrollados por 1 de 180 mujeres en países en desarrollo y en países de extrema pobreza el riesgo es de 1 por cada 54 mujeres lo cual habla no solo de una diferencia en la atención de la salud sino en todo el plano social (Morales et al., 2018).

Una investigación de los autores Alonso, Bedoya, Cayuela, Dorado, Gómez y Hidalgo (2004) arrojó gracias a una entrevista a jóvenes embarazadas, que el 13% de ellas recibió malos tratos por el personal de los centros de salud durante sus citas pre natales.

En un estudio en el que se entrevistó a 229 mujeres que dieron a luz en un hospital universitario de Colombia, encontraron que el 38.6% de las mujeres habían sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo, 25.9% violencia psicológica, un 11.4% física y psicológica y 1.3% violencia solo física. Los principales agresores en la violencia psicológica fueron 48% familiares en primer y segundo grado y la pareja

un 37.5%. Sin embargo, en la violencia física la pareja fue el agresor en el 55.2% de los casos y un familiar en el 34.5%. Con respecto a la frecuencia del maltrato psicológico, un 30.6% de las mujeres respondió que diariamente, 24.7% varias veces por semana, 15.3% varias veces al mes y 29.4% varias veces al año. De estas mujeres, la cuarta parte aumentó la frecuencia de consumo de sustancias tóxicas durante el embarazo (Meza, Salgado, Rodríguez, Naranjo, Perea y Obando, 2001).

A lo largo de dos años, se entrevistó a las mujeres que acudían a la consulta de control de embarazo en Brasil, realizando una o dos entrevistas, según la edad gestacional. Se entrevistó a 1.379 embarazadas y se encontró violencia psicológica en el 19.1% de las mujeres y un 6.5% de violencia física/sexual (Audi, Correa, Latorre y Santiago, 2008).

En otro estudio se entrevistó a 600 mujeres que acudían a consulta de embarazo en la ciudad de México, de ellas 452 aceptaron responder al cuestionario de violencia y 383 mujeres respondieron al cuestionario completo. Las entrevistas se realizaron entre el segundo y tercer trimestre de su embarazo, el 31.1% de las mujeres refirieron haber estado expuestas a violencia psicológica y/o física y/o sexual por parte de su pareja en el embarazo actual. El 10% refirieron violencia combinada y el 21% aislada. La violencia más frecuente que sufrieron fue el 93.3% psicológica, 35.8% violencia física y 8.3% sexual (Doubova, Pámanes, Billings y Del Pilar, 2007).

También se realizaron entrevistas a mujeres que acudían al control de embarazo en el tercer trimestre de su gestación en 10 centros de salud en el estado de Morelos. Se eligió un tamaño de muestra representativa de las mujeres que dan a luz en los municipios donde se realizó la investigación. Se entrevistó a 468 mujeres, la prevalencia de violencia encontrada fue del 33.1%, violencia física fue del 15%, violencia emocional 28% y violencia sexual del 11.8%. Estas investigadoras estudiaron también la violencia antes del embarazo y si la violencia física y sexual disminuía. La violencia emocional pasó del 23.5% antes del embarazo al 28% durante el embarazo. El 9.2% del total de las mujeres pasaron de no tener violencia antes del embarazo a tenerla en este. Sin embargo, el 7.7% que

sufrían violencia antes del embarazo y dejaron de sufrir durante el mismo. Pero si se tiene en cuenta solo las mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo, el 27% de ellas no lo sufrió antes de este (Castro, Peek y Ruíz, 2003).

En un estudio anterior, realizado en el mismo estado, pero en el hospital, se entrevistó a 110 mujeres después de haber dado a luz y se encontró una prevalencia de violencia durante el embarazo del 31.5%. Para el 9% de estas mujeres la violencia se inició durante el embarazo, para el 5.4% cuando la pareja supo que estaba embarazada, la mayoría se inició en el transcurso de la vida en común (Valdez y Sanín, 1996).

En el estudio llevado a cabo en Nicaragua con 478 mujeres, el 32% de las mujeres refirieron haber sufrido violencia durante el embarazo, de ellas el 12% mencionó haber sufrido cualquier acto de violencia emocional, 13% violencia física y 7% violencia sexual. El 54% de estas mujeres refirieron haber sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, lo que puede hablar de una posible relación con el hecho de haber sufrido violencia durante el embarazo (Valladares, Peña, Persson & Hogberg, 2005). En otro estudio realizado en la misma ciudad en el año 2000 el 31% de 488 mujeres en edades de 15 a 49 años refirieron haber sufrido violencia durante su embarazo (Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrang & Winkvist, 2000).

Otra investigación sobre la violencia ejercida a mujeres durante su embarazo, fue la realizada en Lima, Perú a 2.392 mujeres que dieron a luz entre agosto de 2005 y junio de 2006, aceptando participar el 99% de las mujeres con más de 15 años, obteniendo los siguientes resultados: violencia durante el embarazo con 21.5%, violencia física con 11.9%, sexual con 3,9% y emocional con 15.6% (Perales, Cripe, Lam, Sánchez, Sánchez & Williams, 2009).

Se entrevistó a 400 mujeres en Venezuela, de ellas un grupo de 131 estaban embarazadas, 80 de ellas (61.1%) sufrió algún tipo de violencia. Hubo violencia psicológica en el 38.8% de los casos, violencia física en el 26.3 % y violencia sexual en 16.3 % (Vega, Hidalgo y Toro, 2011).

El rango de prevalencia de violencia durante el embarazo en países en desarrollo es mucho más amplio (3.8% a 31.7%) que en los países industrializados

(3.4% a 11%), que está mucho más cerca de las cifras de América del Norte (4% a 8%) (Campbell, García & Sharps, 2004).

La violencia de género es otra realidad que viven las adolescentes embarazadas siendo así que cinco de cada diez mujeres expresan haber enfrentado violencia emocional, cuatro de cada diez violencia sexual y tres de cada diez violencia física. Además, el 7% de las mujeres casadas o juntadas con su pareja de 15 años o más manifestó que sólo él toma decisiones sobre cuándo tener relaciones sexuales y el 3.5% de las parejas hombres, decide si usan o no métodos anticonceptivos. Existen otro tipo de violencias como la desprotección y violación de derechos humanos llámese derecho a la integridad, a la salud, a la información, a la autonomía, acceso a la justicia, entre otros. En México, la violencia relacionada con delincuencia organizada ha provocado que las mujeres se enfrenten a condiciones extremas de desprotección ciudadana y vulnerabilidad exponiéndose a consecuencias en su salud física, mental y social. Al igual, en México la violencia interpersonal es la causa por la que mueren el 5.11% de niñas y adolescentes entre 5 a 14 años y la razón por la que pierden el 1.9% del total de años de vida saludable (referencia, año).

Otro tipo de violencia que experimentan las embarazadas, adolescentes principalmente, es la violencia obstétrica que se refiere a toda acción y omisión por parte del personal de salud que cause daño físico o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio lo que se considera una violación a sus derechos humanos y reproductivos (INMUJERES, 2019).

De acuerdo a Barbosa y Modena (2018) mencionan que en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH) se muestra que el 11.2% sufrió gritos y regaños durante el parto, el 10.3% dijo que el personal se tardó en darles la atención, el 9.9% fue ignorada cuando preguntaba sobre el parto o su bebé, el 9.2% fue obligada a permanecer en una posición incomoda o molesta durante el parto, el 7% sufrió ofensas y humillaciones del personal y casi el 5% de las mujeres, señaló que el personal se negó a anestesiarla o ampliar el bloqueo para disminuir el dolor, sin dar explicaciones, el 3.2%, tras el parto, le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé, durante más de 5 horas y

sin causa alguna o sin que les informaran qué causó la tardanza, el 9.2% fue presionada para usar un método anticonceptivo o la operaran para ya no tener hijos, el 4.2% se les realizó algún procedimiento sin aviso y sin consentimiento y el 1.7% reportó haber sido obligada a firmar documentos sin conocer de qué se trataban.

Se considera que la violencia contra las mujeres es un problema que se debe a múltiples factores, los cuales pueden en ocasiones dar como resultado un maltrato prenatal el cual derive de factores relacionados con la violencia durante el embarazo, que la madre sea adolescente, el estado civil, el empleo, la educación, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol y tabaco), un apoyo social y económico deficiente, el embarazo no deseado, un insuficiente control de embarazo, mayor número de infecciones de transmisión sexual y VIH.

Justificación

El embarazo constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia. En las adolescentes es un factor de mayor importancia por los riesgos que su embarazo conlleva tanto para la madre como para el hijo, ya que, se pueden producir complicaciones definitivas para el futuro en lo relacionado a lo orgánico, social y psicológico de las madres y los bebés. Las razones que envuelven al fenómeno del embarazo adolescente tienen cuestiones multifactoriales, basadas en aspectos comportamentales, de tradición, sociales, culturales o religiosos (Álvarez, Pastor, Linares, Serrano y Rodríguez, 2012).

En México el embarazo adolescente ya es parte de la agenda pública en materia de salud y educación por sus diversas configuraciones de tipo socioculturales en el contexto de cada joven, los aspectos económicos y culturales, las redes sociales y comunitarias, que pueden influir en las formas de entender y actuar de las adolescentes antes, durante y después de su embarazo (Martínez, 2014). La incidencia de este fenómeno en México ha ido en aumento, cada año se registran 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, y en edades de 17 a 19 años se registra un 19% de nacimientos (Atienzo, Campero, Lozada y Herrera, 2014).

En México, 17 de cada 100 nacimientos son de mujeres adolescentes menores de 20 años, la problemática se acentúa en Estados como Chihuahua, Guerrero y Coahuila. Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en su Censo 2020 registran que en el 2019 se contabilizaron 2.1 millones de nacimientos de los cuales, 16.3% eran de mujeres entre 15 a 19 años y 8 mil 500 nacimientos en menores de 15 años (Milenio, 2021).

A decir de Acosta y Cárdenas (2012) el Banco Mundial registró una reducción de embarazos adolescentes en los últimos años, en el 2009 en el país había 69 embarazos adolescentes por cada mil mujeres lo cual hace que la cifra sea mayor a otros países latinoamericanos como Costa Rica, Uruguay, Chile y Perú. Por lo cual, reducir este fenómeno o tratar de eliminarlo, ayudará a disminuir la mortalidad materno-infantil, lo cual implica un costo económico para los sistemas de salud además de repercusiones sociales. No se debe dejar de lado la etapa de la

adolescencia, y mucho menos verla como algo transitorio, al contrario, se debe poner mayor y especial atención en esta etapa de la vida, principalmente en lo que se refiere a la salud reproductiva.

En el año 2012, el número total de nacimientos registrados en México por parte de adolescentes fue de un 19.2% (Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo y Vara, 2015). En lo relacionado a Michoacán se conoce gracias al INEGI (2015) que Michoacán tiene una población de 4,548,471 habitantes siendo el 48.25% hombres y el 51.8% mujeres existiendo 869,494 adolescentes entre los 10 y los 19 años, lo cual representa al 18.85% de la población total. A partir de los datos mostrados anteriormente, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), el Consejo Estatal de Población del estado de Michoacán (COESPO) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), muestran que la tasa de fecundidad de mujeres adolescentes es en edades de entre 15 a 19 años, existiendo un 82.9% de nacimientos por cada mil mujeres en la entidad, esto por encima del promedio nacional que es de 74.4 embarazos.

La CONAPO, en otra investigación llevada a cabo en el 2016, mostró que, de acuerdo con el número de nacimientos registrados en Michoacán en el mismo año, el 39% corresponde a mujeres menores de 15 años y el 17.84% a mujeres de 15 a 19 años, por tanto, el 18.23% total de nacimientos registrados corresponden a madres menores de 20 años. Siendo así que la edad promedio de la primera relación sexual en Michoacán es de 17.9, en el rango de 15 a 19 años que son sexualmente activas, solo el 53.9% utiliza algún método anticonceptivo, según datos del 2016 (Juárez, 2017).

Cabe destacar que la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE) coloca a México en el primer lugar con la mayor incidencia de embarazos adolescentes en edades de entre 10 y 14 años, colocando a Michoacán en el 8vo lugar de embarazos entre adolescentes de 15 a 19 años, por encima de la media nacional con 82.9 por cada mil (Juárez, 2017).

Como parte del embarazo adolescente, están las citas o el control prenatal que en estudios referidos a Michoacán se menciona que la edad media de las pacientes fue de 17.4 años, de acuerdo con su ocupación el 38% de las

embarazadas estudiaba, 12% trabajaba y el 50% no trabajaba ni estudiaba. Identificando así que el control del embarazo se inició en el segundo trimestre, en cuanto a la confirmación de un embarazo acudieron al módulo de vigilancia prenatal solo el 79.8% de las adolescentes y un 20.2% utilizaron la prueba casera de embarazo lo que habla de una escasa atención prenatal de las jóvenes y de un limitado conocimiento a los accesos de salud durante y después de su embarazo lo que las direcciona a sufrir factores de riesgo (Álvarez, Muñoz, Chacón y Gómez, 2017).

Aunado al embarazo adolescente, está la violencia contra las mujeres, primordialmente la violencia contra las adolescentes embarazadas, el cual es un fenómeno con gran impacto en México y el mundo ya que perjudica la salud de la madre y del bebé (Cuevas et al., 2006).

La situación de violencia hacia la adolescente en ocasiones es considerada un patrón que permanece en las jóvenes en una situación de control en el cual hay agresiones físicas, sexuales, emocionales y amenazas contra la adolescente principalmente por la pareja durante y después del embarazo (Tiwari, Chan, Fong, Leung, Brownridge, Lam, Wong, Lam, Chau, Chan, Cheung & Ho, 2007). Lo anterior ocurre con mayor prevalencia en países en vías de desarrollo a nivel mundial con porcentajes de entre 1% y el 70% (Vladislavovna, Pámanes, Billings y Torres, 2007; Farid, Saleem, Karim & Hatcher, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que, en el país, un 19% de las mujeres embarazadas sufre algún tipo de violencia ya sea de una forma aislada o recurrente, siendo así que estos casos se pueden repetir en un 70% (Kaye, Mirembe, Bantebya, Johansson & Ekstrom, 2006).

En México, de acuerdo a la Información sobre violencia contras las mujeres, la incidencia delictiva y llamadas de emergencia a través del 911 por parte del Sistema Nacional de Seguridad Pública de enero a junio del 2020 se presentó un porcentaje de violencia contra la mujer de un 1.60%, abuso sexual de 0.03%, acoso u hostigamiento sexual con un 0.05%, violación con un 0.02%, violencia de pareja con un 1.44% y violencia familiar con 4.29%.

En otras investigaciones referentes a la violencia contra la mujer embarazada muestra que de dos a cinco millones de mujeres son víctimas de maltrato físico anualmente, de las cuales, 335.000 son mujeres embarazadas donde el 50% refiere haber sufrido más de tres agresiones durante su embarazo (Nannini, Lazar, Berg, Barger, Tomashek, Cabral & Kotelchuck, 2008).

Las lesiones que más presentan las víctimas de violencia en este caso las adolescentes embarazadas en las citas de control prenatal son bofetadas o empujones con 57.6% y lesiones más graves con un 42.4% por golpes con el puño y patadas (39%), siendo así que el 3% de los casos sufre fracturas o lesiones permanentes (Nannini et al., 2008).

Según Martínez, Campos, Córdoba, Salcedo y Aguirre (2010) en un estudio del 2003 al 2008 donde analizaron los expedientes de adolescentes embarazadas registradas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) mencionando que las jóvenes refirieron haber sufrido negligencia médica en algún momento de sus controles prenatales por parte de enfermeras y/o médicos, mencionando incomodidad con el tratamiento ya sea por considerarlos muy simple o por no revisar a fondo su situación de embarazo y una mala comunicación por problemas de diagnóstico.

Lo anterior da pie a un posible maltrato prenatal que se define como todo acto intencional o de negligencia que afecte al producto en alguna etapa de su desarrollo, por cualquier persona que tenga injerencia en el embarazo, siendo un hecho que se puede dar por factores culturales, sociales, políticos o legales (León et al., 2007). Esta forma de maltrato infantil se puede dar dentro de la violencia familiar cuando la madre es agredida directamente, cuando ella es la causante directa al consumir alcohol, drogas u ocasionar daño físico o emocional en una condición de negligencia o descuido.

Como se puede observar, el embarazo adolescente es un problema de salud pública de gran impacto, dicho fenómeno de carácter social ha ido en aumento y se relaciona con otras problemáticas que aquejan a las adolescentes durante su embarazo como el maltrato prenatal. A pesar de que el sector salud, educativo, político, entre otros han llevado a cabo diversos planes de acción para tratar de

disminuir o eliminar el embarazo en adolescentes, es una problemática que aún sigue afectado a la sociedad en términos de salud, económicos, educativos, entre otros por tanto es vital que desde la óptica de la psicología se aborde este fenómeno ya que cabe señalar que existe poca información teórica respecto al tema, por tanto, realizar este tipo de estudios permite identificar las situaciones de riesgo y de protección, para tratar de disminuir la alta incidencia del embarazo adolescente, aportando datos cualitativos más específicos y claros del tema.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIAS DE HOY

*La etapa de la adolescencia es tan necesaria
para la vida como el agua o la comida.*

Anónimo

En el presente capítulo se presentan una serie de definiciones relacionadas a la adolescencia vista como un fenómeno multi determinado por variables que comienzan en cambios biológicos hasta fenómenos determinados por la cultura. Se desarrollan los diferentes conceptos de adolescencia así como información general de esta etapa del desarrollo; en segundo lugar, se describe el punto de vista cronológico que comprende las tres fases de la adolescencia (temprana, media y tardía); en tercer lugar, se plasman los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que están inmersos los y las jóvenes en la adolescencia y, por último, se da una descripción de las características generales del y la adolescente, en la actualidad dando un panorama más completo del rol que juegan los derechos del y la adolescente actual a lo largo de su desarrollo biológico.

1.1 ¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es una fase de la vida muy fascinante y una de las más complejas, la gente joven aquí asume responsabilidades y experimenta varios cambios. El apoyo de los adultos en esta etapa es esencial para que las y los jóvenes sean miembros plenos en la familia y en la sociedad, las y los adolescentes tienen una gran capacidad de cambiar antiguos modelos de conductas sociales negativas, romper ciclos de violencia y discriminación que se van transmitiendo de generación en generación (UNICEF, 2002).

El concepto de adolescencia es moderno, fue definido como una fase en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX cuando estaban los cambios económicos y culturales, el desarrollo de la industria y educacional y el nuevo papel de la mujer relacionado a la parte económico-social (Martínez y Pérez, citado en Pérez, 2015).

Existen autores como Güemes, Ceñal e Hidalgo (2017) quienes mencionan que la etapa de la adolescencia lleva consigo algunos mitos como que *“el desarrollo del y la adolescente normal es turbulento”*, *“la adolescencia es un periodo de gran emotividad descontrolada”* y que *“el pensamiento de los y las adolescentes es irracional e infantil”*, entre otros. Está demostrado que el 80% de los y las adolescentes no pasan periodos turbulentos, sino que llevan una buena relación con sus padres y familiares, tampoco existe una diferencia con la emotividad de los niños y niñas; y por último, el y la adolescente pasa del pensamiento concreto al abstracto con proyectos y metas a futuro, siendo una característica de la madurez.

Por tanto, en el presente capítulo se presentarán algunos conceptos de adolescencia, su etimología y características generales de esta etapa. La palabra adolescencia proviene del latín *“adolescere”* que significa crecer o *“crecer hacia la madurez”*. Es una etapa de transición en la cual la persona pasa física y psicológicamente desde la condición de niño(a) a adulto o adulta (Hurlock, 1971; Amorín, 2008).

Definir la adolescencia implica conocer los distintos puntos de vista y abordajes, ya que este ciclo vital comienza como un hecho biológico, que se encuentra relacionado con el proceso psicosocial que vive cada joven según las culturas y momentos históricos (Quiroga, 2004).

Autores como Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza y Quezada (2012) definen a la adolescencia como un periodo que consta de los 10 a los 19 años de edad, en el cual se pueden presentar cambios relacionados a la parte física, psicosocial y cognitiva de los y las jóvenes siendo así que la adolescencia, es una etapa de transición de la niñez a la juventud. El término adolescente según estos autores se usa para hablar de personas que están en edades entre los 13 y 19 años, siendo un periodo de cambios fisiológicos en la pubertad, y termina cuando se lleva al pleno status sociológico del adulto.

La Real Academia Española (2001), define la etapa de la adolescencia como aquella que tiene predominancia en la niñez, la cual, transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (Pasqualini y Llorens, 2010).

Como parte del concepto de adolescencia está la pubertad que es considerada una etapa de cambios biológicos que se desarrollan entre los 10 y 14 años de edad en ambos sexos, en las mujeres aparece la primera menstruación y en los hombres la primera eyaculación consecuentemente la reproducción (Güemes, Ceñal e Hidalgo, 2017).

Durante la adolescencia los procesos biológicos comienzan a ser notorios en el cuerpo del y de la adolescente, lo cual, les permite desarrollar sus caracteres sexuales primarios y secundarios, dando una apariencia femenina o masculina (Quiroga, 2004).

De acuerdo con Mora, Piñedo, Martínez, Fernández, Martínez y Maso (2011) mencionan que durante la adolescencia existe una madurez física, emocional y cognitiva, entre otros. Cada adolescente experimenta los factores antes mencionados en distintos momentos de su desarrollo, de ahí que la pubertad comienza en distintas edades en cada niño y niña.

Se considera que la adolescencia es un período del ciclo vital en el cual los individuos alcanzan la madurez sexual, con el apoyo de recursos psicológicos y sociales que tienen, asumiendo su identidad y un proyecto de vida (Arroyo et al., 2010). De acuerdo con la UNICEF (2002), durante la adolescencia, los y las jóvenes buscan establecer su independencia emocional y psicológica, aprender a entender y vivir su sexualidad y a considerarse como personas de futuro.

A decir del autor Horrocks (2012), la adolescencia puede ser definida a partir de las siguientes características generales:

1. La adolescencia es una etapa donde el individuo se hace más consciente de sí mismo, el joven aprende el rol personal y social, el cual se puede ajustar al concepto de sí mismo y al concepto que tienen los demás sobre el o la adolescente.
2. La adolescencia como una época de búsqueda de estatus como individuos, surgiendo una búsqueda de independencia contra las relaciones en las que el o la adolescente queda sometido debido a su edad, experiencia y habilidades. Aquí surgen los intereses vocacionales y una búsqueda de independencia económica.

3. Las relaciones de grupo adquieren una gran importancia, ya que se busca por el adolescente lograr un estatus y un reconocimiento por los de su misma edad, es una etapa a través de la cual surgen los intereses de una pareja, lo cual puede hacer complejo y difícil la parte emocional durante su proceso.
4. Durante la adolescencia al existir un desarrollo y cambio físico, se revisan los patrones motores habituales y la imagen del cuerpo, alcanzando una madurez física.
5. Existirá durante la adolescencia un desarrollo intelectual y una experiencia académica, absorbiendo habilidades y conceptos útiles para su futuro, por tanto, el o la adolescente adquiere experiencia y conocimiento en diversas áreas de su vida.
6. El periodo de la adolescencia se ve marcada por el desarrollo y evaluación de valores, en donde existe un conflicto entre el idealismo juvenil y la realidad.

De acuerdo con lo anterior, Horrocks (2012), señala que existe una continua necesidad de ajuste a las situaciones por parte de los y las adolescentes, al igual que surge la necesidad de adoptar patrones parecidos a la conducta de los adultos, antes de que el joven esté listo emocional o socialmente, teniendo que afrontar valores contrarios a los de su cultura.

La adolescencia sin duda, es un proceso de grandes cambios tanto para los y las jóvenes como para sus familias, en esta etapa se desarrollan problemas nuevos a los cuales, los padres del y la joven, esperan que actúen ante estas situaciones como “adultos” debido a su apariencia adulta, cuando no tienen los recursos psíquicos para hacerlo (Quiroga, 2004).

Hurlock (1971) considera a la adolescencia como un periodo largo, en donde los y las adolescentes tienen escasa motivación para establecer relaciones nuevas y maduras con pares de ambos sexos, cumplir un rol social masculino o femenino, aceptar su cuerpo y respetarlo de la mejor manera, alcanzar la independencia emocional respecto a los padres y otros adultos, es una etapa donde deben pensar

en una independencia económica, elegir una ocupación y prepararse para la misma y desarrollar aptitudes entre otros aspectos.

El que los y las jóvenes dominen lo antes dicho, dependerá de su nivel de motivación, de sus oportunidades para el aprendizaje y de sus cimientos que los sostienen al momento de llegar a la etapa de la adolescencia (Hurlock, 1971). Es fundamental que los y las jóvenes durante la etapa de adolescencia desarrollan habilidades, conocimientos y actitudes que les permitan comprender, expresar y regular de la mejor manera las emocionales que puedan presentarse a lo largo de dicho ciclo, dicho así, las y los adolescentes, se espera que desarrollen lo que se conoce como competencias emocionales (Bisquerra, 2007).

Dichas competencias permitirán a las y los jóvenes hacer un autoanálisis de sus propios sentimientos y emociones, lo cual, ayudará a tener un mejor conocimiento de sí mismos, permitiendo que las personas que los rodean los conozcan mejor, sabiendo así cuales son sus limitaciones y de ahí que podamos comprender a los y las jóvenes de una mejor forma (Colom y Fernández, 2009).

Como puede apreciarse, estudiar la adolescencia es un tema complejo por lo cual diversos autores lo definen o interpretan desde varios puntos de vista teóricos. No se debe pensar a la adolescencia como una etapa estática sin cambios, su impacto y efectos varían de una persona a otra, de una familia a otra, de un país a otro, de una cultura a otra y de una generación a otra, se deben visualizar a los y las adolescentes como son y considerar que son producto de su época y cultura, de su pasado y presente psicológicos y ambiente físico (Horrocks, 2012).

En lo referente a definir el término o culminación de la adolescencia, es igual de complicado, por lo general, se consideran a los y las adolescentes como adultos cuando son capaces de aceptar las responsabilidades que implica la inserción a la sociedad otorgando todos los privilegios correspondientes; la cual es una definición también ambigua (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

De acuerdo con lo citado por los autores anteriores, el periodo de la adolescencia evade toda definición exacta en cuanto se refiere a una etapa de transición entre niñez y plena madurez en la edad adulta, se apoya en la definición de estos periodos para su esclarecimiento. Y es así como la dificultad de definirla

refleja una característica principal de la adolescencia: la falta de claridad con respecto al lugar que ocupa el o la adolescente en la sociedad.

En general, la adolescencia además de ser un período de adaptación y de cambios los y las adolescentes se enfrentan a una determinación de independencia psicológica y social, época de aprendizajes y autodescubrimiento donde hay un paso de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez de manera dinámica que en cada joven ocurrirá de acuerdo a un ritmo personal. De forma general en todos los aspectos de la vida los y las adolescentes buscan alcanzar una identidad, una integridad que dé sentido claro de lo bueno y malo, una independencia psicológica a través de la cual sean capaces de tomar las decisiones por sí mismos y de establecer relaciones interpersonales maduras, una independencia física de adaptarse a los cambios de su cuerpo y finalizar el crecimiento somático.

1.2 Etapas de la adolescencia

Se debe considerar a la adolescencia como una de las fases más importantes en el desarrollo de la vida. En esta etapa, el cuerpo experimenta grandes cambios que dan como resultado la aparición de rasgos de la adultez tanto en el área física como psicológica. Por tanto, la adolescencia lleva consigo una serie de cambios que tendrán distintos ritmos en cada joven, lo cual ayuda a distinguir diferentes etapas de la adolescencia. Existen diversas dudas sobre en qué momento termina esta etapa y cuándo comienza otra. Cabe destacar que no hay ningún criterio objetivo y definitivo, sin embargo, eso no significa que no exista un cierto consenso acerca de sus fases, las cuales se explican a continuación en el presente subtema.

Convencionalmente, se suele subdividir a la adolescencia en tres etapas: temprana, media y tardía las edades que corresponden a cada fase dependen del contexto, la cultura, las costumbres, la educación, entre otros factores que rodean al adolescente (Quiroga, 2004), es por eso que varias investigaciones se enfocan en estas etapas a partir de diferentes edades las cuales en ocasiones

pueden coincidir. En la tabla 1 se presenta la comparación entre autores que delimitan las edades correspondientes a las distintas etapas de la adolescencia.

Tabla 1

Ubicación de las distintas etapas de la adolescencia a lo largo del desarrollo

Autor y texto	Adolescencia Temprana	Adolescencia Media	Adolescencia Tardía
Quiroga (2004)	8 a 15 años	15 a 16 años	18 a 28 años
Pasqualini y Llorens (2010)	10 a 14 años	14 a 18 años	18 a 28 años
El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010)	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 20 años
Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala (2014)	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años
Casas y Ceñal (2005)	11 a 13 años	14 a 17 años	17 a 21 años
Pérez (2015)	12 a 14 años	15 a 17 años	18 a 21 años

Nota: Como puede verse algunos autores y textos comparten las mismas edades como el texto del Fondo de Población de las Naciones Unidas con el texto de Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala y la autora Quiroga con Pasqualini y Llorens siendo Pérez quien maneja diferente información.

Durante la etapa de la *adolescencia temprana* hay un desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias (las cuales se revisarán en el siguiente subtema) en las niñas primero que en los niños (Quiroga, 2004; Arroyo et al., 2010; Casas y Ceñal, 2005) hay cambios constantes en el estado de ánimo llámese irritabilidad, impulsividad, apatía, inhibiciones, entre otros. Los y las y jóvenes buscan su autonomía lo cual en ocasiones lleva a que desafíen a las personas de autoridad, al igual, buscan vivir experiencias nuevas lo que lleva a cuestionar a los adultos, al ser así el y la adolescente se mantienen más unidos a sus grupos de amigos normalmente siempre del mismo sexo, con quienes contrarrestan los efectos que ocasionan los cambios (Arroyo et al., 2010; Casas y Ceñal, 2005).

Cronológicamente hablando, la adolescencia temprana puede ser comprendida por subfases: prepubertad de los 8 a los 10 años, pubertad de los 10 a 14 años y adolescencia temprana propiamente dicha de los 13 a 15 años, lo que equivale a una fase de los 8 a 15 años de edad en la cual hay una influencia recíproca entre lo psíquico, biológico y social. En esta etapa hay cambios corporales que llegan a ser muy notorios como el cambio de voz, aumento de talla, de vello, entre otros los cuales dependen de los sexos, la genética y las condiciones socioculturales de los y las jóvenes. Durante la adolescencia temprana, se busca articular los límites de la independencia y reclamar su intimidad evitando todo tipo de conflictos y más con la familia (Quiroga, 2004).

Existe un pensamiento concreto que origina que el y la adolescente no midan las implicaciones futuras de sus actos y la toma de decisiones, en muchas ocasiones buscan llamar la atención de las demás personas teniendo una actitud egoísta y narcisista (Casas y Ceñal, 2005).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2010) expone que los y las jóvenes en la etapa de adolescencia temprana son ambivalentes, pueden presentar o no un miedo por dejar o separarse de los padres lo que los a tener una preferencia más fuerte hacia sus “pares” del mismo sexo. El pensamiento en esta etapa, es concreto, se planean acontecimientos vagos. En cuanto a la sexualidad, hay un despertar en la curiosidad sexual ante lo cual pueden experimentar actividades auto estimulatorias como la masturbación. También, existen problemas en el ámbito psicosocial del y la joven, en la parte psicológica, se puede presentar inseguridad por el cambio en la apariencia física y en la imagen corporal, se manifiestan los enamoramientos fugaces y platónicos y a finales de esta etapa se da inicio a la menarquía o espermarquia.

En la *adolescencia media* los y las jóvenes se muestran más distantes hacia sus padres en la parte afectiva, buscan explorar y conocer diversas imágenes que les permitan expresarse y que les ayuden a tener un reconocimiento en la sociedad y así la búsqueda de su propia identidad (UNFPA, 2010; Quiroga 2004). En esta etapa hay una socialización hacia sus “pares” pero ahora con ambos sexos (masculino y femenino) y frecuentemente se da el inicio de su vida sexual, pero más

allá de que logren el comienzo de la sexualidad genital no existe una continuación de la misma. Se espera una estabilización del proceso de crecimiento, lo que permite que inicien a buscar relaciones con el otro y así desarrollar un vínculo de intimidad (Arroyo et al., 2010).

La capacidad del pensamiento se torna diferente teniendo una abstracción más completa que les permita desarrollar nuevos conceptos por lo cual tienden a ser más críticos, deductivos y a cuestionar a los demás. Son más conscientes de sus ideas lo que ayuda a que den opiniones más claras y estructuradas. Existe un desarrollo en el área de las perspectivas, lo que ayuda a identificar la opinión de los otros (Casas y Ceñal, 2005; UNFPA, 2010; Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala, 2010).

El y la adolescente buscan su identidad y a tener dudas en su orientación sexual, lo cual les genera angustia. Llegan a tener pensamientos y sueños que pueden contradecir lo que esperan sus padres, de ellos y ellas. Se da inicio de los primeros contactos físicos, por lo cual, hablarles sobre la sexualidad, reforzar valores, entre otros son considerados factores de protección (Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala, 2010).

Durante esta etapa se muestran los sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad ante actos que piensan no tienen peligro, “que a ellos y a ellas nunca les pasará” lo que los y las lleva a tener comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol, drogas, tabaco, embarazos no deseados, entre otros que conllevan a la morbilidad y así en ocasiones a patologías en la vida adulta (Casas y Ceñal, 2005; Guía de Prevención del Embarazo en la Adolescencia en Guatemala, 2010).

Por último, la *adolescencia tardía* es vista como el periodo final de la adolescencia, lo cual depende de los criterios de estatus de mayoría de edad en cada país. Se espera que los y las adolescentes en esta etapa puedan ser más independientes y capaces de totalizar su imagen corporal con su identidad o personalidad de modo que puedan establecer y consolidar relaciones que tengan como características el cuidado y respeto por la propia persona, como en la intimidad. Se consolida su imagen corporal y así la integración de su personalidad

e identidad. Existe un gran interés y preferencia por las relaciones sociales, hay una planeación y metas a futuro basadas en su sistema de valores e ideologías (Casas y Ceñal, 2005; UNFPA, 2010).

Se da la “crisis de los 21” cuando los y las adolescentes se enfrentan a exigencias del mundo adulto, en ocasiones esta crisis se retrasa a los 30’s. En lo relacionado a familia, se habla de una reciprocidad de adultos dejando un poco de lado las relaciones de amistad buscando más estabilidad, una planificación de vida en común, familia, matrimonio y proyectos a futuro (Casas y Ceñal, 2005).

Debe haber una resolución de problemas como la inserción al mundo vocacional, laboral y el encuentro con una pareja estable (Quiroga, 2004; Arroyo et al., 2010). Los y las jóvenes en esta etapa, discriminan entre quiénes son los padres y quiénes son ellos y ellas existiendo una lucha en la autoridad ejercida por los padres, tienen el deseo de establecer una vivienda independiente y económica, buscan parejas estables y un logro vocacional y/o laboral. A decir de la autora Quiroga, este período se diferencia de tres subfases:

1. De los 18 a 21 años, se caracteriza por una gran conmoción y caos interior debido a un sentimiento de soledad y de no ser comprendidos y comprendidas. Entonces, se habla de un y una adolescente desorientado(a) y confuso(a).
2. De los 21 a 24 años, existe una toma de conciencia de las tareas psíquicas tornadas en la reflexión. Hay una inserción a grupos sociales y de trabajo en los cuales existan proyectos y metas en común.
3. De los 25 a 28 años, es la entrada a la adultez y la aceptación psíquica y social de la etapa. Está la frustración para aceptar los cambios que se fueron dando, lo cual, les permitirá insertarse en la sociedad adulta.

Estudios como el de Arroyo et al., (2010) especifican que la adolescencia tardía se caracteriza por la independencia económica, lo que en ocasiones, les genera sentimientos de tristeza, desorientación y caos interno debido a no poder desarrollar proyectos viables aunado a una dificultad de asumir un rol de adulto(a), siendo la introspección lo que les facilita el planear un futuro y ver las consecuencias

de sus actos a lo que el y la adolescente reconocen más sus valores y sistemas de creencias. También, se dan relaciones más maduras y sanas con los padres.

Durante esta etapa hay una aceptación a los cambios corporales y una consolidación de la identidad, el papel de los adultos es de suma importancia ya que puede ayudar a los y las jóvenes a disminuir la ansiedad, y así, poder orientarlos(as) hacia decisiones oportunas, lo cual, va relacionado con su madurez cognoscitiva (UNFPA, 2010).

A lo largo de todo el desarrollo biopsicosocial de los y las jóvenes existe un rol importante de la familia, del contexto social, cultural, la influencia de las vías y medios de comunicación que son factores importantes en todas las fases de la adolescencia. Se espera que al finalizar la adolescencia, los y las jóvenes alcancen en primer lugar, una identidad personal que les ayude a tener un sentido realista de quienes son, lo que no debe afectarse por el contexto en el que estén, en segundo lugar, una intimidad donde sean capaces de tener relaciones maduras tanto en lo emocional como sexual, tercero, una independencia psicológica con la cual logren tener un sentido de sí mismos para tomar decisiones y ser dependientes de la familia ayudándoles a asumir responsabilidades de adultos y por último una independencia económica y social con el objetivo de lograr independizarse de la familia y trabajar para solventar gastos personales.

Se puede concluir, que la adolescencia puede comenzar antes, debido a que la pubertad comienza en los países industrializados en edades más tempranas, por los avances de nutrición y salud. Si pudiéramos ver el final de la adolescencia en términos de asumir roles de adultos como el matrimonio, la paternidad y la independencia económica este periodo de vida, concluiría más tarde. Puede existir por lo tanto, una prolongación de la adolescencia hasta lo que se denomina adultez emergente que es de los 18 a 25 años, con características como exploración de identidad, una edad inestable, la sensación de ser el centro de todas las acciones, entre otras (Pérez, 2015).

1.3 Cambios biológicos y psicosociales

La adolescencia es un período de la vida con muchos cambios físicos, psíquicos y sociales, a través de los cuales los niños(as) se convierten en adultos(as), inicia con la pubertad y termina cuando se concluye el desarrollo bio-psicosocial (Hidalgo y Ceñal, 2014; UNICEF, 2011; Iglesias, 2013).

La cantidad de cambios que ocurren en esta época pueden llegar a causar expectativas y ansiedad tanto en los y las jóvenes como en sus familias. Entender qué se puede esperar en las distintas etapas puede promover un desarrollo saludable durante toda la adolescencia y a principios de la adultez, por lo cual, en este subtema se muestra una explicación más clara y profunda de los diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales por los que atraviesa el y la adolescente, lo cual se muestra a continuación:

1.3.1 Cambios biológicos

En las niñas se dará la aparición de caracteres sexuales secundarios en edades más tempranas a diferencia de los niños, en ellas entre los 8 años de edad se da el brote del botón mamario que indica una maduración de los senos que se complementará entre los 12 y 18 años, hay crecimiento de vello púbico, en las axilas y piernas entre los 9 y 10 años. El comienzo del periodo menstrual ocurre alrededor de dos años después de la aparición del brote mamario entre los diez y quince años y la fase de crecimiento rápido comúnmente llamada “estirón puberal” será entre los 9.5 y los 14.5 años con su punto máximo alrededor de los doce años (UNFPA, 2010; Ros, Morandi, Cozzetti, Lewintal, Cornellá y Surís, 2001).

En el varón, los cambios biológicos inician más tarde, entre los 10 y 16 años habiendo un influjo hormonal que modificará su voz, existe un acelerado crecimiento corporal y consigo un desarrollo de los genitales, se notará un agrandamiento escrotal y testicular entre los nueve y diez años de edad con un alargamiento de pene de tal manera que la formación de genitales adultos en los niños se logrará entre los 16 y 17 años. El crecimiento del vello púbico, en axilas, piernas, pecho y cara comienza a los 12 años alcanzando patrones de distribución adulta entre los quince y diez y seis años. La evolución rápida en los niños, inicia entre los 10.5 y 11

años y se completa entre los 16 y 18 años, en medio de todo este proceso aparece la primera eyaculación o espermarquia (UNFPA, 2010; Awuapara y Valdivieso, 2013). A continuación, se muestran algunos cambios físicos y biológicos en hombres y mujeres (ver Tabla 2).

Tabla 2

Caracteres sexuales secundarios en hombres y mujeres adolescentes

Mujeres	Edad promedio	Hombres
Los ovarios aumentan la producción de estrógenos y progesterona	9	10 Los testículos aumentan la producción de testosterona
Los órganos sexuales internos empiezan a aumentar de tamaño	9 ^{1/2}	11 Los testículos y el escroto aumentan de tamaño
Brote de los pechos	10	12 Empieza a salir el vello púbico
Empieza a salir el vello púbico	11	12 Empieza el crecimiento del pene
Se inicia el incremento de peso	11	12 Primera eyaculación
Estirón en la estatura	12	13 Empieza el incremento de peso
Crecimiento de músculos y órganos	12	14 Máximo estirón de estatura
Menarquía (primer período)	12	14 Máximo crecimiento de músculos y órganos
Primera ovulación	13	15 Cambio de voz a un tono más bajo
Distribución definitiva del vello púbico	15	16 Aparece barba en la cara
Desarrollo completo de los senos	16	18 Distribución definitiva del vello púbico

Nota: La información anterior, se expresa según el artículo de Awuapara y Valdivieso (2013) donde se puede apreciar que el crecimiento de los caracteres sexuales en hombres y mujeres pueden variar en edades pero no tanto en el tipo de caracteres siendo en la mayoría de los casos que estos crecen o se desarrollan en los varones a una edad más grande a diferencia de las mujeres.

De acuerdo con el texto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) del 2010, entre los 14 y 16 años en hombres y mujeres, con la primera menstruación y eyaculación se da el inicio de la capacidad reproductiva, los cuerpos del y la joven serán biológicamente aptos para procrear.

Al existir cambios a nivel fisiológico en los y las adolescentes, se encuentran expuestos a un aumento en su masa corporal por lo cual la nutrición de los y las jóvenes tiene un papel crítico en la evolución de su crecimiento y desarrollo. Un peso inadecuado puede tener su origen en la influencia de las modas, la separación parcial del medio familiar y los hábitos que los y las jóvenes repiten del grupo de amigos, logrando un desequilibrio en su nutrición por lo que se pueden desencadenar trastornos alimenticios como comer exageradamente o dejar de comer (Ros, Morandi et al., 2001; Awuapara y Valdivieso, 2014).

Algunos estudios como el de Awuapara y Valdivieso (2014) narran algunos cambios biológicos en relación al aumento en la producción de hormonas sexuales, en la regulación hormonal del crecimiento y en alteraciones del cuerpo que dependen de las siguientes hormonas:

Liberación de gonadotropina, hormona que ayuda a la confirmación de un diagnóstico clínico de embarazo durante el primer trimestre (Briozzo, Perego y Moirón, 2007); leptina que es una hormona que se encarga de regular el apetito (Zárate y Valencia, 2012); esteroides sexuales relacionados a hormonas sexuales masculinas en su caso la testosterona y femeninas como el estradiol (Becerro, 2008) y hormonas del crecimiento que regulan el metabolismo y el crecimiento del cuerpo como la glándula pituitaria ubicada en la base del cerebro teniendo esta como tarea el aumento de masa muscular y a su vez la disminución de grasa corporal (Goldberg, Rogol y Sonksen, 2009).

De igual forma existirán cambios en el cerebro durante la adolescencia, tanto en su estructura como en la función, algunos de estos desarrollos básicos son la poda sináptica que durante la pubertad se vuelve más pronunciada lo que favorece al procesamiento de información y el segundo proceso es el relacionado al sistema límbico que se responsabiliza del procesamiento de la información que tiene que ver con las emociones, lo que lleva a pensar que los y las adolescentes son “sobre

emocionales” afectados por el estrés con tendencia a tomar decisiones y hacer actos de riesgo (Awuapara y Valdivieso, 2014).

Para finalizar con este apartado, se debe considerar que, si él o la joven no presentaron alguna alteración durante las etapas de la adolescencia, ayudará a que definan su cuerpo hasta la etapa de la adultez al igual, que podrán precisar sus funciones en lo relacionado a temas de sexualidad y reproducción teniendo una aceptación de su imagen corporal. En caso de que existiera una anomalía en las etapas del desarrollo durante la adolescencia, pueden surgir actitudes y aptitudes negativas hacia su físico que puede originar trastornos afectivos (Ros, Morandi et al., 2001).

A decir de Iglesias (2013) los cambios biológicos y físicos están íntimamente ligados a una lucha en cada adolescente en lo relacionado a la dependencia-independencia, a la importancia de su imagen corporal, a la relación con sus pares y el desarrollo de su propia identidad aspectos que se verán en el siguiente apartado.

1.3.2 Cambios psicosociales

Durante la etapa de la adolescencia se trabaja en la comprensión y adaptación de los cambios biológicos en el cuerpo de los y las jóvenes a diferencia de lo que sucedía en la infancia son capaces de canalizar sus sentimientos con amigos, compañeros, adultos o cualquier persona que les entienda en sus problemas de manera comprensiva. Es así, que durante esta etapa hay una mayor inclinación hacia terceras personas por encima de la misma familia de quien buscan cortar el vínculo y romper la dependencia con los mismos y ser autosuficientes analizando y debatiendo a las figuras de autoridad, lo cual, lleva en esta etapa a una dependencia emocional (UNFPA, 2010). En esta época predominan los conflictos con la familia ya que los y las jóvenes pretenden hacer valer sus opiniones y defender su tiempo y espacio, lo que llega a ocasionar discusiones con los padres o cuidadores (Ros et al., 2001).

Debido a la exclusión de la familia o de los padres, los y las adolescentes incluyen a su vida a personas de ambos sexos en sus grupos de compañeros siendo

conscientes de la atracción sexual identificando de manera más clara cuál es el sexo que les atrae de ahí que se de un inicio de las relaciones sexuales con una interrelación de los valores y las experiencias del grupo de amigos. Los y las jóvenes se preocupan menos por su cuerpo sintiendo una aceptación y comodidad con el mismo lo cual, ayuda a que busquen resaltar su atractivo. Su cuerpo pasa a ser una carta de presentación y el soporte de su autoestima, llegando a comparar con el de otros(as) jóvenes lo que provoca sensaciones sensibles a los defectos, pero al mismo tiempo desarrollando una curiosidad por la anatomía y fisiología sexual despertando sensaciones eróticas y la necesidad de intimidad (UNFPA, 2010; Ros et al., 2001).

Esta etapa se caracteriza por los sentimientos de omnipotencia e invulnerabilidad con una mezcla de pensamientos mágicos (a mí no me pasará...) que lleva a los y las jóvenes a tener comportamientos de riesgo que pueden tener como consecuencias accidentes, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, drogadicción, suicidios, entre otros (Ros et al., 2001). Algunos estudios como los de Awuapara y Valdivieso (2014) consideran que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad que lleva consigo problemas existenciales que en ocasiones originan una depresión. Los y las jóvenes reconocen sus limitaciones lo que puede desencadenar un cambio en su autoestima y llegar a sufrir trastornos emocionales (UNFPA, 2010).

La adolescencia estará rodeada de rupturas que afectarán el entorno social en los y las adolescentes movilizándolo sentimientos como el duelo referido a la sensación de abandono, pérdida o dejar atrás algo o a alguien (UNFPA, 2010) al igual los autores Ros et al., 2001 mencionan que al existir estas rupturas se da un coste psíquico personal y una repercusión del entorno más cercano del y la adolescente.

Durante la adolescencia se pasa de un pensamiento concreto a un abstracto alrededor de los 12 años existiendo una visión más clara del futuro (Hidalgo y Ceñal, 2014). Se ponen en duda las creencias familiares lo cual desarrolla un pensamiento crítico que ayuda a ganar independencia y lograr una identidad, hay una

transformación en el aprendizaje con un dominio de ideas y principios que lleva a la preparación de nuevos retos (UNFPA, 2010).

A continuación, se muestra una tabla en la cual se mencionan algunos cambios biológicos y psicosociales que se originan en los y las adolescentes por etapas de la adolescencia (ver Tabla 3).

Tabla 3

Cambios biológicos y psicosociales por etapas de la adolescencia

<i>Objetivos</i>	<i>Adolescencia temprana</i>	<i>Adolescencia media</i>	<i>Adolescencia tardía</i>
<i>Independencia</i>	- Menor interés por padres - Vacío emocional: se altera el comportamiento y el humor - Menor rendimiento escolar	- Máximos conflictos con padres - Lucha de independencia	- Re-aceptación de valores y consejos paternos - Dudas para aceptar su responsabilidad - Siguen dependiendo de los padres
<i>Imagen corporal</i>	- Preocupación por su cuerpo y los cambios - Inseguridad por aspectos, se comparan con otros	- Aceptación de su cuerpo - Interés por hacerlo más atractivo	- Aceptación de cambios - La imagen solo preocupa si hay alguna anomalía
<i>Amigos</i>	- Interés y amistades con amigos del mismo sexo - Sentimientos de ternura que conducen a miedos	- Máxima integración con los amigos y sus valores - Máximo peligro de conductas de riesgo	- Amigos y grupos menos importantes - Más tiempo en compartir relaciones íntimas (se establecen parejas)
<i>Identidad</i>	- Mejoran capacidades cognitivas - Autointerés y fantasías - Objetivos vocacional idealistas e irreales	- Aumenta la capacidad intelectual - Mayor ámbito de sentimientos - Omnipotencia	- Pensamiento abstracto establecido - Objetivos vocacionales prácticos y realistas - Delimitación de valores religiosos, morales y sexuales

Nota: La información anterior se basó en Hidalgo y Ceñal (2014) quienes basan los cambios biopsicosociales de los y las adolescentes únicamente en cuatro aspectos u objetivos esperando que sean estos los que todo adolescente desarrolle a lo largo de la adolescencia.

Como puede apreciarse la adolescencia es un periodo de múltiples cambios, de transformaciones físicas y un cambio en sus pensamientos dando a los mismos un sentido de realidad lo que puede ocasionar que se considere a esta etapa como

crítica. Los y las adolescentes entran en contradicción de querer ser adultos, pero sin abandonar la etapa de infancia a lo cual los adultos, padres, cuidadores y profesionales de cualquier área que rodean a estos(as) jóvenes puedan ayudar al adolescente a madurar y pensar en un futuro competente y emocionalmente sano (Iglesias, 2013).

1.4 La perspectiva de derechos para pensar las adolescencias

La visión histórica de la infancia y la adolescencia moderna del siglo XIX se aleja para dar paso a pensar en niños, niñas y adolescentes como sujetos inherentes a las condiciones del adulto dejando de lado sus derechos humanos (Picornell, 2016). Estos derechos son considerados garantías individuales que buscan que los individuos en una sociedad puedan vivir de forma más plena en lo relacionado a normas, principios y valores sin importar raza, sexo, religión o ideología política, entre otros (Zariñán, 2018).

Por tanto, los Derechos Humanos cuentan con cuatro principios básicos que están incluidos en la Convención sobre los Derechos del Niño los cuales son: no discriminación, interés superior de la niñez y la adolescencia, prioridad absoluta y correspondencia la explicación de cada uno se aprecia en la Tabla 4. Cada principio busca proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes y a ser partícipes en un desarrollo íntegro y sano para los mismos (Mora, Piñero, Martínez, Fernández, Martínez y Maso, 2011).

Tabla 4

Principios básicos establecidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)

Principio básico	Descripción
1. No discriminación	Como se plasma en el <i>Art. 2</i> , no debe existir ningún tipo de discriminación en niños, niñas y adolescentes sin importar su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional, étnico o social, posición económica, impedimentos físicos o cualquier otra condición.
2. Interés superior	Según el <i>Art. 3</i> se deberá dar importancia a cualquier niño(a) o adolescente que este en procesos legales de cualquier tipo cuidando siempre el interés superior.
3. Prioridad absoluta	En el <i>Art. 4</i> menciona que los Estados tienen la responsabilidad de disponer de sus recursos hasta el máximo cuando sea necesario.
4. Correspondencia	Los Estados deben respetar los derechos y cuidados que los padres o cuidadores tengan con los menores y adolescentes, siempre y cuando no intervengan de manera negativa en su desarrollo y derechos ya establecidos, esto según el <i>Art. 5. (redacción)</i>

Nota: Obtenido de Moreno et al, 2011

En México existe La Convención de los Derechos del Niño (CDN) que fue legalizada el 21 de septiembre de 1990 se aprobó la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (LGDNNA) en diciembre del 2014 y se creó el Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SIPINNA) en 2015 lo que muestra que en el país ha existido un avance en la adecuación del marco normativo e institucional para que cada día buscar el respeto a los derechos de estos grupos de la población (UNICEF, 2019).

A continuación, se muestra una síntesis de la Convención sobre los Derechos del Niño obtenida del documento de la UNICEF del año 2019 (ver Tabla 5).

Tabla 5*Síntesis de la Convención de los Derechos del Niño en México*

1. Definición de niño	2. Derecho a no ser discriminado
3. Debe regir el interés superior del niño	4. Que se cumplan y respeten los derechos humanos de niños, niñas y adolescentes
5. Deber de padres, madres y familias de dirigir y orientar al niño, niña o adolescente para que ejerza y goce de sus derechos	6. Derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo
7. Derecho a tener un nombre y una nacionalidad	8. Derecho a que se preserve su identidad
9. Derecho a no ser separado de sus padres	10. Derecho a la reunificación familiar
11. Derecho a no ser trasladado o retenido ilícitamente	12. Derecho a expresar libremente su opinión y que sea respetada
13. Derecho a la libertad de expresión	14. Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión
15. Derecho a la libertad de asociación	16. Derecho a la protección de su vida privada
17. Derecho a acceder a una información adecuada	18. Obligaciones de los padres en la crianza y el desarrollo del niño
19. Derecho a estar protegido contra toda forma de abuso y maltrato	20. Derecho del niño privado de su medio familiar a tener protección especial
21. Considerar el interés superior del niño en los casos de adopción	22. Derecho de los niños refugiados a una protección especial
23. Derechos del niño impedido física o mentalmente	24. Derecho a la salud y a los servicios médicos
25. Derecho a la revisión médica constante	26. Derecho a beneficiarse de la seguridad social
27. Derecho a un nivel de vida adecuado	28. Derecho a la educación
29. Objetivos de la educación	30. Derechos de los niños pertenecientes a minorías o poblaciones indígenas
31. Derecho al descanso, esparcimiento, juego y cultura	32. Derecho a la protección contra la explotación económica y el trabajo peligroso
33. Derecho a la protección contra las drogas	34. Derecho a la protección contra la explotación sexual
35. Derecho a la protección contra el secuestro	36. Derecho a la protección contra todas las formas de explotación
37. Derecho a no ser sometido a tortura ni a tratos degradantes	38. Derecho a la protección por conflictos armados

En lo relacionado a Michoacán, se cuenta con una Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de Michoacán de Ocampo la cual fue actualizada en el año 2018 teniendo como gobernador durante ese año a Salvador Jara Guerrero. Dicha Ley cuenta con 34 capítulos cada uno con sus artículos los cuales están enfocados en el cuidado, respeto y protección de los niños, niñas y jóvenes michoacanos cualquiera que sea su etnia, religión, nivel socioeconómico o condición física y de salud.

Es deber del Estado respetar, garantizar y satisfacer los Derechos en este caso de los niños, niñas y adolescentes para facilitar la programación y definición de políticas, planes y acciones a favor de estos, planteando categorías como la supervivencia, el desarrollo, la participación y la protección ejerciendo una autonomía y oportunidad evitando obligar a los y las adolescentes a tomar decisiones en contra de su voluntad (Mora et al., 2011).

En el caso de la Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos (COPREDEH) en su texto del 2011 plasma que alrededor de 40 millones de niños, niñas y adolescentes conforman una tercera parte de la población en México los y las cuales viven diversas realidades. Que han cambiado por las crisis económicas, el aumento en el precio a combustibles y otras catástrofes asociadas al cambio climático lo que provoca que los jóvenes no cubran sus necesidades básicas habiendo un deterioro en su calidad de vida, una pérdida adquisitiva de las familias, muchos hogares con pobreza, una reducción de calidad y cantidad de ingesta alimenticia, abandono de estudios y búsqueda de trabajo a otros países sin dejar de lado la violencia y criminalidad actual, la delincuencia, narcotráfico y tráfico de armas que están directamente impactando a la población en general pero más a la niñez y a la adolescencia.

Lo anterior detona consecuencias en la personalidad, destrezas y habilidades psicosociales del/la adolescente al igual, que cambios en su desarrollo relacionados

con su identidad y en su visión del mundo siendo esto último lo que los/las lleva en ocasiones a asumir o no un rol como sujetos de derechos (Mora et al., 2011).

Actualmente, hay varios elementos estructurales que direccionan la vida de los y las jóvenes que impactan en su vida como las nuevas tecnologías, roles de género, nuevas estructuras familiares, la crisis económica, la sexualidad, el abuso de sustancias, la política, entre otras. Siendo la revolución tecnológica uno de los principales elementos que influyen en el desarrollo del y la adolescente, otro elemento importante es el efecto de la crisis financiera que lleva a los/las jóvenes a tener trabajos temporales, de baja calidad y mal pagados, llevándolos(as) a buscar oportunidades laborales a otras ciudades o países (García, Miret, Cabré, Flaquer, Berg, Roca, Elzo y Lailla, 2011).

En consecuencia de lo anterior, los/las adolescentes de hoy son la generación que más sola está creciendo, sin el apoyo de padres, familias o cuidadores lo que lleva a la autoformación por medio de las amistades y los medios de comunicación con factores de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, recomendando entonces, inculcar una educación basada en valores morales, en desarrollo de fortalezas y en la capacidad de solucionar de manera coherente y madura sus problemas (García et al., 2011).

Por lo tanto, el y la adolescente actual debe ser considerado como actor social capaz de definir términos de negociación teniendo en cuenta que los adultos juegan un papel importante para tomar en cuenta el rol del adolescente en la vida diaria actuando como facilitadores en esta etapa del desarrollo ya que el y la joven comienzan a asumir las prácticas de la ciudadanía lo que los y las posiciona como sujetos de derechos (Liwski, 2005).

CAPÍTULO 2. EL EMBARAZO ADOLESCENTE COMO FENÓMENO

*Dos corazones latiendo dentro de un mismo cuerpo,
esa es la magia más suprema de la creación.*

Anónimo

A continuación, se presentan algunas definiciones de lo que es el embarazo y la maternidad de manera general y en específico en México, analizando el rol que juega este fenómeno en la vida de las adolescentes y sus familias, tomando en cuenta el contexto biopsicosocial que rodea a cada una de las adolescentes. Al igual, se expone el análisis de algunos autores sobre los factores sociales, culturales, económicos, familiares, psicológicos entre otros que se relacionan a que una adolescente quede embarazada y las repercusiones que esto le puede generar en su vida y en la de las personas que la rodean como parte del tercer subtema y por último se proporciona una revisión de las políticas públicas orientadas al trabajo e investigación del embarazo adolescente proporcionando algunas de las Instituciones y Secretarías Gubernamentales que se enfocan en el cuidado de los Derechos Humanos del y la adolescente en materia de embarazo a partir del Informe de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) y de las Políticas Públicas para Reducir el Embarazo Adolescente en México.

2.1 Embarazo y maternidad adolescente

Tanto la maternidad como el embarazo adolescente son considerados un fenómeno complejo que varía de acuerdo a prácticas a lo largo de la historia y de las culturas. Actualmente la joven en un contexto sociocultural globalizado donde se inserta al área educativa y laboral, la maternidad aparece para ella como un problema que se trata o se quiere evitar ya que se considera un enfoque de riesgo desde la parte médica, social y psico afectiva (Blázquez, Torres, Pavón, Gogearcochea y Blázquez, 2010; Ponce, 2013).

El embarazo adolescente se considera un embarazo anticipado a lo que socialmente está permitido en temas de reproducción, el cual, no produce los mejores resultados para los padres e hijos (as), lo que lo convierte en un problema de salud pública, económico, de políticas públicas, socio-antropológico, de género, sexualidad y educación (Quintero y Rojas, 2015).

Ahora bien, el número de embarazos adolescentes en México ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos veinte años, pero aún así se considera que hay una tasa relativamente alta de 81 por mil. Alrededor del 40% de los embarazos son no deseados en menores de 20 años, la tercera parte de los embarazos atendidos en instituciones de salud en el país fueron mujeres menores de 24 años con un 13% en edades menores a 19 años (Stern, 2004; Mora y Hernández, 2015; Secretaría de Salud, 2002).

Aunque actualmente las parejas analicen más la posibilidad de tener hijos debido a situaciones profesionales, sociales y económicas que rodean al país, el embarazo en adolescentes sigue siendo un gran problema. Tener relaciones sexuales a edades tempranas puede vincularse con un sexo no seguro ya sea por falta de conocimientos, de acceso a la anticoncepción, de habilidades y autoeficacia para negociar la anticoncepción, por tener relaciones bajo los efectos del alcohol o drogas o por una presión ejercida por alguna persona a tener relaciones (Rosales e Irigoyen, 2013; Mora y Hernández, 2015).

Cabe mencionar que el embarazo a edades tempranas se puede caracterizar por una inmadurez biológica, incapacidad de la pareja para cuidar a un hijo y formar una familia ya sea por consecuencias de aspectos físicos, maternos y psicosociales que puedan interferir en la madurez, aceptación social y familiar de la madre y del hijo (Rangel, Valerio, Patiño y García, 2004; Cuevas, Olvera y Chumacera, 2005).

Un tema que está relacionado con la problemática del embarazo adolescente es el de igualdad de géneros y patrones de sexualidad en los/las adolescentes, ya que actualmente se sigue pensando que el papel de la mujer es alcanzar su autorrealización siendo madre y el hombre, como aquel que dirige y toma el control de su propia vida, lo que puede originar el “síndrome del fracaso de la adolescente

embarazada” donde está la pérdida de su identidad, una deserción escolar, un fracaso de construir una familia estable y sostener la misma, fracaso para tener hijos autosuficientes a edades más grandes y la dificultad de desarrollar una adecuada crianza (Rosales e Irigoyen, 2013; Quintero y Rojas, 2015).

En el caso del joven se adquiere un papel de proveedor quien es apoyado por su familia quien desarrollará ese rol tradicionalmente masculino de padre de familia asumiendo una responsabilidad sumamente fuerte e importante. Los aspectos anteriores hacen que el hombre adolescente sienta una presión que en muchas veces no es deseada ya que llega a afectar sus actividades diarias recibiendo en estos casos al ser padre joven, las órdenes o indicaciones de sus padres, pero hay otros casos donde los padres del joven permiten que él adolescente no se haga cargo de las responsabilidades que conlleva un embarazo a esa edad lo que se relaciona con ideas sexistas y machistas dejando la responsabilidad únicamente a la mujer. Sea cual sea el caso, el embarazo adolescente tendrá consecuencias que llegan a impactar en la salud mental y física de la embarazada, la convivencia familiar, la relación de la y el adolescente y de los padres de cada uno y por ende el futuro del/a bebé (Molina, Ferrada, Pérez, Cid, Casanueva y García, 2004)

Podemos pensar que las situaciones a las que se enfrenta él joven y su capacidad de resiliencia, podrían llegar o no agravar la condición de la joven en muchos casos llegar a ser madres solteras debido a que la pareja no asume su rol y responsabilidad paterna lo que provoca un abandono afectivo, económico y social en la madre y el hijo (Molina et al., 2004).

El embarazo adolescente es un fenómeno con problemáticas, causas, vivencias e implicaciones que deben estudiarse de acuerdo con el contexto y cultura de cada joven (Vélez, 2012). Se ha insistido en que la maternidad adolescente se revise desde los factores culturales y el valor que la misma familia le otorga, el soporte que brinda, así como la influencia del machismo, además del estado afectivo *de las adolescentes*, entre otros (Nóblega, 2009).

En este tema tan complejo, pueden considerarse dos patrones de esta realidad. Por un lado, existen sectores que tienen realidades socioculturales y

económicas donde el embarazo adolescente no es necesariamente considerado un problema por sus individuos o comunidades, sino que es algo que forma parte de sus prácticas culturales, puede ser una forma en que las mujeres construyen su propio proyecto de vida en contextos donde hay una falta de oportunidades. Y, por otro lado, en contextos urbanos la problemática *no está relacionada* con un proyecto de vida, sino que lo interrumpe (Vélez, 2012).

Las adolescentes son consideradas personas de alto riesgo en cuestión reproductiva por la tasa de mortalidad materna, mortalidad perinatal y la posibilidad de tener más hijos y de forma más seguida, llegando a considerar en ocasiones a la maternidad como un alto al desarrollo de las jóvenes como en sus proyectos de vida los cuales se pueden ver parados por su maternidad en otro lado, tienen poca motivación para terminar sus estudios o buscar trabajo fuera del hogar ya sea por las expectativas del entorno familiar y social frente a su labor como madre, siendo estos factores los que más prevalecen en sectores de pobreza. Si bien la adolescente ya no construye sus proyectos de vida que anteriormente tenían, ahora lo pueden hacer motivados por su maternidad (Nóblega, 2009).

Para finalizar, tanto el embarazo y la maternidad son considerados una escapatoria a los problemas de la menor e incluso del joven, se puede relacionar el embarazo a temprana edad como la vía a una vida adulta, a una independencia de los padres y en algún punto a la búsqueda de un mejor futuro al pensar que el tener hijos será una forma de resolver sus problemas, esto casi siempre en adolescentes que están en situaciones de pobreza, con baja escolarización, nulas oportunidades de empleo e inaccesibilidad a los servicios de salud a lo que el embarazo en esta cuestión es aceptado (Núñez, Hernández, García, González y Walker, 2003; Arriaga, Valles, Zonana y Menchaca, 2010).

2.2 Atención o control prenatal

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población las cifras de embarazo adolescente en México varían dependiendo del Estado, en el 2013 en Michoacán se registró un 20% de nacimientos en mujeres menores de 19 años, cifra que redondeó el último dato reportado en el mismo periodo. Un aspecto importante en

el proceso del embarazo es la atención a la salud materno-infantil lo que se relaciona con el control prenatal (Álvarez et al., 2017).

Según Villalobos et al., 2015 el control prenatal se asocia a las acciones y procedimientos periódicos enfocados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan ocasionar morbilidad y mortalidad materna perinatal.

En el escrito de la Organización Panamericana de la Salud (2019), se menciona que el control o atención prenatal es un sistema de prevención que inició en 1901 con los siguientes objetivos: 1) implementación y extensión de la atención prenatal, 2) selección y manejo del riesgo perinatal y 3) clasificación, selección y aplicación de los métodos de vigilancia feto-maternos. Los puntos anteriores ayudarán a disminuir la mortalidad materna y la morbimortalidad o muerte perinatal. Refiriéndose a lo perinatal como a los antecedentes al parto o que aparecen o se desarrollan inmediatamente después de él en los primeros días de vida independiente del bebé por lo que se debe lograr una atención temprana, periódica, continua, completa y de buena calidad buscando garantizar un adecuado estado de salud al final de la gestación para la madre y su hijo (a) por lo tanto la atención prenatal precoz, de debe dar desde el momento en que la adolescente sospecha que está embarazada, garantizando cuatro atenciones prenatales como mínimo.

Un buen control en el embarazo ayudará al desarrollo del feto, a detectar defectos congénitos y problemas obstétricos y a llevar tratamientos para las complicaciones y así reducir la morbimortalidad en el periodo del embarazo, el parto o el puerperio. Según la OMS esta morbimortalidad neonatal se puede reducir asistiendo a la primera visita de control del embarazo, teniendo todos los controles durante la gestación y al recibir una adecuada atención durante el parto (Cano, Rodríguez, Borrell, Del Mar y Salvador, 2005).

Otra definición de control prenatal es la asignada en la Guía de Práctica Clínica de Control Prenatal con Atención Centrada en la Paciente realizada por el IMSS en 2017, donde se establece que este tipo de control se refiere a las visitas por parte de la mujer embarazada a su institución de salud llevando consigo consultas médicas para vigilar la evolución de su embarazo, detectar riesgos,

prevenir complicaciones y preparar a la mujer para el parto, la maternidad y la crianza.

Siguiendo con el texto anterior del IMSS, como parte del control prenatal está la atención a la familia de la paciente que ayudará en la planificación del parto y evaluación de la atención de la salud ayudando a asegurar la salud y el bienestar de las pacientes, esta atención centrada en la paciente y su familia puede ayudar a crear alianzas entre profesionistas de la salud, las pacientes y sus familias para obtener mejores resultados y para mejorar la calidad y seguridad de la atención de la salud de las adolescentes embarazadas. Cuando nos referimos a una atención prenatal no es hablar solo del número de visitas sino saber cuándo fueron realizadas durante el embarazo y la calidad de las mismas. Se debe dar una atención prenatal desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto lo que ayudará a identificar complicaciones en el embarazo como infecciones, diabetes gestacional, preeclampsia (presión arterial elevada en el embarazo), infecciones o condiciones complicadas (como VIH) y dar así medidas de prevención.

En el escrito de la Organización Panamericana de la Salud (2019) se muestra una clasificación del embarazo como bajo y de alto riesgo, el primero se considera cuando la madre o su hijo (a) tienen probabilidades bajas de enfermarse antes, durante o después del parto y el segundo, cuando hay mayor posibilidad de enfermarse, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. Debido a lo anterior, existe una atención prenatal de bajo y alto riesgo. La de bajo riesgo se refiere a la atención dada a la embarazada donde no se identificó ningún factor de riesgo o algunos poco potenciales (sociales, genéticos, biológicos, entre otros) que no producirán alteraciones en la salud de la madre, hijo(a) o ambos y de alto riesgo que lleva consigo factores de riesgo.

En el Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia escrito por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) en 2013 se menciona que la consulta prenatal son aquellas acciones médicas asistenciales y educativas para prevenir, diagnosticar y programar con el objetivo de controlar la evolución del embarazo y tener una preparación para el parto para

así disminuir riesgos durante el proceso. Por tanto, hay tres fases en el proceso del embarazo las cuales se redactan a continuación:

La primera fase se refiere a la *evaluación inicial* siendo la primera visita de la adolescente al médico donde se hace una evaluación general, estimación de la edad de gestación y fecha probable de parto al igual se hace una entrevista anamnesica para conocer los datos personales de la joven (nombre, edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, datos de la pareja, domicilio, gestación actual, adicciones, vacunas, entre otros), antecedentes familiares (enfermedades hereditarias, defectos congénitos, diabetes, cáncer, causa de muerte en familiares directos, entre otros), gineco obstétricos (edad de menarquia, tipo menstrual, edad de relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, entre otros) y gestaciones (curso de los embarazos, partos y puerperios, patologías, entre otros) e hijos anteriores (peso y condiciones al nacer, entre otros). Durante la primera fase se hace un examen físico a la embarazada (IMC, presión arterial, exploración obstétrica) y exploraciones complementarias como exámenes de laboratorio.

La segunda fase de *identificación del riesgo* es hacer una clasificación del embarazo en bajo o alto riesgo por lo cual hay tres tipos de clasificación: Tipo I, cuando las embarazadas están en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social ya sea analfabetismo, pobreza crítica, vivienda no accesible a centros de salud, drogas, embarazo no deseado, sobrepeso, entre otros. Tipo II, cuando las embarazadas están en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco obstetra perinatal o general con o sin morbilidad materna o perinatal por ejemplo, pero inadecuado para la edad de gestación, malformaciones fetales, retardo mental, parálisis cerebral, embarazo prolongado, preeclampsia, hemorragias, entre otras. Y por último Tipo III, cuando hay un riesgo mayor para las embarazadas que deben tener atención especializada como pérdida fetal, infertilidad, tumores ginecológicos, cáncer, anemia, desnutrición severa, psicopatías, entre otras.

Por último, la tercera fase, *conducta que se seguirá* se refiere a los criterios de hospitalización, al tratamiento o plan terapéutico (charlas educativas de diversos temas relacionados al embarazo) y los procedimientos con familiares (informar,

educar y capacitar de la evolución del embarazo y signos de alerta a familiares y a la pareja de la embarazada).

En conclusión, la atención o control prenatal ayudará a asegurar mejores resultados para la madre y el recién nacido, lo que será la entrada a recibir servicios de salud referente a la promoción y prevención, con un apoyo nutricional, detección y prevención de enfermedades sexuales, entre otros. En cuanto a los factores de riesgo y su clasificación, se puede asumir que una mujer con mayor número de consultas prenatales podría tener mejores resultados en su proceso de embarazo, pero muchas mujeres con factores de riesgo, no desarrollarán complicaciones, mientras que otras sin factores de riesgo sí lo harán por eso cada mujer tiene distintas necesidades que se deben evaluar desde la primera (Álvarez, Muñoz, Chacón y Gómez, 2017).

2.3 Factores determinantes del embarazo precoz

Actualmente, la mayoría de los y las jóvenes se exponen a tener conductas de riesgo en lo relacionado con su sexualidad como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, inestabilidad emocional como sexual, entre otras (Alarcón, Coello, Cabrera y Monier, 2009).

En cuanto al embarazo adolescente se sabe que tiene un impacto psicosocial en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja, entre otros (Alarcón et al., 2009).

Se ha revisado en artículos como el de Blanco, Cedre y Guerra (2015) que la estabilidad emocional de la adolescente al pasar por una serie de cambios propios de su etapa necesita el apoyo de su familia siendo así que su estabilidad emocional en gran medida dependerá del medio familiar y/o social llámese económico, cultural, político, atención de salud, educación entre otros, donde ella se desenvuelva y garantice una posibilidad de éxito en su desarrollo personal integral.

Por otro lado, si el entorno familiar y/o social de la joven no es el más apropiado y hay factores de maltrato, desamor, desintegración familiar, malos ejemplos, abandono, deficiente comunicación, pobreza material, moral e intelectual,

exclusión social, falta de oportunidades de desarrollo intelectual y profesional, entre otras darán pauta a un decrecimiento o pocas probabilidades de éxito psicosocial de la adolescente manifestándose esto en conductas de riesgo como iniciación de relaciones sexuales a temprana edad sin protección, sin la madurez, responsabilidad y conocimiento de las consecuencias que el acto puede acarrear siendo madres a temprana edad expresando riesgos de salud materno-infantil e impidiendo el logro de metas personales (Blanco et al., 2015).

Si bien, el fenómeno del embarazo adolescente afecta a cualquier sector social existirán algunos factores que llevan a que éste proceso sea más probable en unos sectores que en otros por ejemplo, en los sectores marginados la estructura familiar puede ser menos estable debido a variables como falta de empleo y a los bajos salarios a los que solo pocos tienen acceso, lo que puede originar que dentro del ámbito familiar existan problemas como violencia, separación de parejas, alcoholismo y drogadicción, poco acceso a los servicios de salud, la exclusión cultural entre otros. Dichos factores negativos son elementos con los que las jóvenes crecen y normalizan en su día a día lo que hace que lleven a cabo actos como el matrimonio y el embarazo a tempranas edades para escapar de estas realidades que no solo es por sus historias individuales sino por el contexto social que les rodea y condiciona (Stern, 2004; Llanes, 2012).

Siguiendo con lo expresado por el autor Stern, debemos distinguir varios tipos y niveles de vulnerabilidad como vivir en condiciones de pobreza, además de vivir en una familia incompleta, vivir con un padrastro o madrastra, ser mujer en una sociedad patriarcal, tener poca o nula educación, ser menor de edad, entre otros; lo que suman una vulnerabilidad social para ser madre a una edad temprana por un lado, y por otro, se necesitan analizar las consecuencias de este hecho como los problemas de salud materna e infantil, los nacimientos tempranos, la alta fecundidad, los obstáculos para remontar la pobreza, por mencionar algunos.

Existen otros factores que determinan un embarazo adolescente como la repetición de patrones, es decir, que las jóvenes sean hijas de madres adolescentes a lo que se le conoce como transmisión intergeneracional de la maternidad esto se puede deber a procesos relacionados con la herencia biológica o genética,

actitudes, valores y preferencias, ambiente familiar y características socio económicas. El tamaño de la familia puede ser otro factor que se relacione con la maternidad adolescente, las hijas de madres adolescentes llegan a ser madres adolescentes porque en ocasiones crecen en familias grandes con muchos hermanos. La mayoría de las veces cuando en casa hay madres jóvenes y solteras puede ser que no sean capaces de controlar las actitudes o comportamientos de las hijas lo que las puede llevar a no tener una atención adecuada y estar en riesgo de comportamientos sexuales poco estables y experimentar la maternidad (González y Molina, 2007).

Actualmente, tanto adultos como algunos jóvenes analizan mucho el tener o no hijos debido a los cambios sociales, culturales y económicos que se dan en el país, por lo que intentan alargar el proceso de la maternidad poniendo énfasis en otras metas o aspiraciones lo que es conocido como “alargamiento del período de espera” el cual se refiere a aplazar el lapso de tiempo entre menarquia y la unión y la maternidad lo que ayuda a evitar embarazos no deseados de ahí que se vea que el estado civil puede depender de la educación o ideas de las jóvenes, es decir, en una sociedad tradicional habrá adolescentes casadas pero en aquellas donde la joven tienen acceso al mundo laboral, se considera que la mayoría son madres solteras (Salazar, Acosta, Lozano y Quintero, 2008).

Existen autores como Barrera e Higadera (2004) que dan a conocer tres tipos de variables co-determinantes del embarazo adolescente dividiéndolo de la siguiente manera (ver Tabla 6):

Tabla 6

Variables relacionadas con el embarazo adolescente

Variables	Descripción
Variables de política a nivel nacional	Se tratan de las campañas de educación sexual, salud y uso de anticonceptivos que no han ayudado a reducir la tasa de fecundidad global de la población. Encontrando que explicar temas como el uso de métodos

Variables a nivel de comunidad	<p>anticonceptivos haciendo más énfasis en ello que en el tema de embarazo adolescente. Comprende a las instituciones informales y socioeconómicas de la misma comunidad donde hay códigos intrínsecos de conducta, que inciden en la actitud negativa de la comunidad ante las relaciones sexuales, los embarazos fuera del hogar, entre otros.</p>
Variables del hogar e individuales	<p>Un mayor ingreso económico en la familia puede relacionarse con una oportunidad de acceso a una educación de mejor calidad al no ser así, la estructura del hogar puede determinar la tasa de fecundidad.</p>

Cuando hablamos de la estructura del hogar, se refiere a que la forma en cómo está constituida una familia puede o no ayudar a reducir las tasas de fecundidad en las adolescentes. Un hogar nuclear donde se propicie un buen ambiente como la comunicación y confianza entre sus miembros, ayudará a discutir temas tabúes como la reproducción y sexualidad de manera libre en las ideas y pensamientos creando un ambiente saludable donde la adolescente se desarrolla de manera tranquila y segura (Barrera e Higuera, 2004).

Otro factor que nombran los autores anteriores es la falta de oportunidades a una educación que está ligada con las decisiones sexuales de las adolescentes siendo así que un acceso a la educación puede dar más información sobre reproducción y sexualidad. Todos los factores mencionados conllevan a que exista un bajo nivel de capital humano y de ingresos futuros.

Podemos dividir entonces las causas o factores del embarazo adolescente en: *valores culturales* referente al papel que tiene la mujer en la sociedad ya sea que esté determinada o no para el matrimonio y la maternidad, *falta o deficiencia de una educación* sólida desde los primeros años de escuela será un factor importante en la vida del adolescente en su vida sexual, *falta de información y servicios* al no tener los y las adolescentes la información necesaria de acuerdo a sus necesidades

respecto a reproducción y sexualidad y lo que puede dar por ende un acceso poco seguro a centros de salud y servicios de salud reproductiva y planificación familiar y *la influencia de los medios de comunicación y de estereotipos sociales* que influyen en la búsqueda del ideal en las y los jóvenes, lo que en ocasiones los puede orientar a exponerse a factores de riesgo (Alvarado e Infante, 2010).

Los autores Madrid, Hernández, Gentile y Cevallos (2019) mencionan como significativos los factores de *situación social* como la ocupación, proyectos personales, vivencia de ese momento en términos de satisfacción, *las competencias socio-sexuales* de las que disponen las jóvenes como las redes afectivas, sus vivencias en su cotidianidad y las pautas de transición a la vida adulta, la *relación afectivo-sexual* que mantienen en ese momento como la información sobre anticonceptivos, embarazo, fertilidad, aborto, paternidad y maternidad y temas relacionados, *el rol de género* que existe entre hombres y mujeres al hablar de maternidad en el cual entran temas de culturas, creencias y tradiciones y *los juegos de identidad* en los cuales es necesario dar la importancia a la voz y opinión de las jóvenes para expresar sus necesidades y demandas respecto a redes de apoyo o auto-apoyo.

A diferencia de los autores anteriores Valdivia y Molina (2003) y Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos (2007) plasman otros factores relacionados al embarazo adolescente; algunos de ellos *psicológicos* que se relacionan con las conductas de las menores respecto a su embarazo, las características de sus familias, el apoyo social percibido, el nivel intelectual de las chicas y su autoestima.

Respecto a las conductas de riesgo está una actividad sexual precoz o la existencia previa de un aborto espontáneo, al igual, señalan que existe un bajo índice del uso y cuidado con anticonceptivos en la primera relación sexual. En los *factores familiares* se encuentra que el rol que juega el padre en las menores ayuda a disminuir conductas de riesgo ya que muestran más preocupación por las actividades diarias de sus hijas lo que les ayuda a reforzar su autoestima, por lado contrario en padres ausentes o con alguna adicción como el alcohol ayuda a que las adolescentes busquen el apoyo o cariño que no tienen en casa, en su pareja, lo que se relaciona con el amor platónico. Al igual, en familias donde hay niveles

grandes de estrés por factores de diversa índole, es factor para que la adolescente viva su proceso con estrés siendo el embarazo un medio de salida de las relaciones familiares conflictivas. Siendo así, la disfuncionalidad familiar se asocia al riesgo de un embarazo como al embarazo en sí.

En cuanto a *apoyo social* se habla de los bajos estándares de calidad y cantidad de las relaciones sociales que tengan las adolescentes lo que no ayuda a dar soporte en sus problemas ya sea dentro o fuera de la familia de manera que una buena calidad de apoyo en los padres es un indicador de apoyo social familiar para las chicas. Otro factor es el nivel educativo de los padres de la adolescente, encontrando que, a mayor nivel educacional de los mismos, mayor apoyo familiar reciben las adolescentes. En vista de lo anterior, las adolescentes embarazadas reciben menos apoyo social lo que las lleva a estar aisladas y sin interés por las relaciones sociales.

Un cuarto factor es el *nivel intelectual* de las jóvenes embarazadas que, a decir de Valdivia y Molina (2003), presentan un coeficiente intelectual (CI) significativamente menor a las chicas no embarazadas de las mismas edades, analizando que las embarazadas tienen menor nivel de pensamiento lógico-abstracto. Respecto a la *autoestima* se puede decir que las adolescentes embarazadas poseen un pobre autoconcepto de ellas mismas relacionándolo con un bajo autoconcepto en general, no confían en ellas mismas, tienen sentimientos de ansiedad y depresivos.

Para terminar este subtema, un factor que desencadena un embarazo a temprana edad es el "*amor romántico*" como un determinante en la adolescencia para las primeras relaciones sexuales que se asocia a su vez a la falta de cuidados en métodos anticonceptivos. Este tipo de amor se considera una forma de apego donde hay predominancia de impulsos sexuales e incorporación a la intimidad de las jóvenes aunado a las fantasías sexuales propias de la etapa, lo que puede llegar a aumentar el riesgo de un embarazo no deseado (Baeza et al., 2007).

De manera que lo revisado anteriormente nos da pauta para reconocer que se deben llevar a cabo acciones de promoción y prevención a la salud de las adolescentes para una mejor calidad de vida sean cuales sean los factores que las

haya llevado a ser madres a temprana edad, sin dejar de lado que cada adolescente vive y desarrolla en contextos diferentes con oportunidades laborales, sociales, de salud, económicas, educativas entre otras de manera muy distinta (Llanos y Llovet, 2019).

2.4 Repercusiones psicosociales del embarazo en la adolescencia

Un primer reto al que se enfrentan las adolescentes es el afrontar a sus padres para darles la noticia de su embarazo y tener la incertidumbre de cómo van a reaccionar ante la noticia, por lo que en ocasiones si se sabe que los padres no le darán el apoyo a la joven ocultan su embarazo o en algunas situaciones optan por una idea de aborto (Espinoza, Guamán y García, 2016).

La adolescente a lo largo de su embarazo presenta varios factores que pudieran generar estrés lo cual, se asocia a los estados de ánimo de la joven durante su gestación. Al ser considerada la adolescencia un período de cambios adaptativos, en su anatomía y fisiología habrá distintas expectativas de vida. Cuando es el primer hijo de las adolescentes, es considerado un factor estresante que puede crear una etapa de crisis lo que desequilibra el estado emocional ya que la joven debe ver la forma en adaptarse a cambios físicos, psicológicos y sociales que cambiarán su estilo de vida (Mora y Hernández, 2015).

Siguiendo con los autores, la joven también llega a vivir un rechazo a lo largo de su vida por parte de la sociedad y de las personas cercanas a ellas por los cambios antes mencionados. Si son madres solteras llegarán a vivir más estrés debido a las culturas y creencias que puedan rodearlas.

Otro aspecto o factor que repercute en la vida emocional de las adolescentes son los trastornos sociales y económicos así como la poca estabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración. También están los temas de limitación de falta de oportunidades académicas y laborales lo que las llevará a vivir situaciones de dudas, inquietudes e incertidumbres creando sentimientos de depresión lo cual es más notorio en madres solteras. Además, se ha estudiado que las adolescentes que no tienen el apoyo de su familia durante su maternidad o gestación pueden pasar

por periodos de depresión al no sentirse apoyadas, escuchadas y comprendidas (Mora y Hernández, 2015).

Otro factor según los autores que se relaciona con las repercusiones emocionales del embarazo en las adolescentes es el nivel de autoestima, aceptación y aprecio hacia ellas mismas. El concepto que tengan las adolescentes de ellas mismas influirá mucho en su proceso de maternidad que las lleva o no a motivarse en sus objetivos y proyectos de vida. Por tanto, la autoestima influye en la problemática de los embarazos adolescentes como resultado de una autoestima baja.

Blázquez (2012) presenta las consecuencias del embarazo adolescentes a partir de una división, biológicas y psicosociales. Por un lado, las consecuencias biológicas son las relacionadas a problemas de anemia, amenazas de aborto, parto prematuro, hipertensión, infecciones, entre otras. Existe una doble probabilidad de morir en relación con el parto en mujeres menores de 15 años que en aquellas que tienen de 20 años o más. De acuerdo a este autor, las adolescentes llegan a practicarse un aborto teniendo riesgos cuando es de forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas teniendo repercusiones como hemorragias, perforaciones del útero y esterilidad, entre otras.

Por otra parte, las menores entre más pequeñas son en su edad, menos posibilidades hay de aceptar su embarazo y de criar al hijo(a) debido a que en ocasiones deben madurar más rápido en contra de su voluntad saltándose la etapa de la adolescencia y dejándola de lado para comenzar a hacerse cargo del bebé lo cual las lleva a tener temores, preocupaciones, ansiedades, desesperación, entre otras. Las adolescentes de entre 14-16 años llegan a experimentar actitudes de omnipotencia y diciendo “que no le temen a nada” sino que están más preocupadas por los cambios físicos que podrán desencadenarse debido al embarazo, presentando en ocasiones estados de estrés y ansiedad cuando nace el bebé y comienzan a hacerse cargo de él o ella dejando de lado su estilo de vida anterior al embarazo es ahí, cuando caen en cuenta que serán madres.

En ocasiones cuando la adolescente queda embarazada es obligada a un matrimonio lo que afecta a ella misma y a su pareja dando la apertura a conflictos,

rechazo y recriminaciones lo que puede originar una separación, divorcio e inestabilidad emocional (Salazar et al., 2008).

Existen investigaciones como la de Welti (2000) donde se menciona que la adolescencia tiene un alto porcentaje de divorcios a diferencia de los otros rangos de edad. Pudiendo afirmar que el embarazo es un factor de inestabilidad conyugal.

Otras consecuencias o repercusiones psicológicas para la adolescente es involucrar comportamientos adaptativos y emociones inapropiadas que por ende afectan al feto como parte de su embarazo, las jóvenes sentirán que no tienen el control de su vida ya que no saben qué efectos emocionales tendrá la decisión que tome sobre el bebé si seguir el curso de su embarazo, abortar o darlo en adopción lo que puede llevar a que presenten sentimientos de culpa, miedo, enojo y vergüenza, incapacidad de tomar decisiones, ansiedad, regresión, negación a la realidad y dificultades para planear el futuro de manera realista (Espinoza et al., 2016).

La joven en muchas ocasiones debe comenzar a asumir roles para los cuales no está preparada lo que le puede provocar una frustración en cuanto a lo que espera para su futuro, siendo así que se conoce el “síndrome del fracaso” debido a que muchas adolescentes suelen no concluir sus metas evolutivas como terminar su escuela, limitar el tamaño de su familia, establecer una vocación y poder ser independiente de su propia identidad y desarrollo de sus valores. La joven embarazada en cuanto al cuidado de los hijos se considera emocionalmente inmadura y no tiene paciencia ni tolerancia en el cuidado de los mismos, pudiendo existir un rechazo al bebé o una aceptación aparente, pero dejando de lado la responsabilidad completa que significa tener un hijo. Las adolescentes pueden pasar por episodios donde sientan sentimientos de soledad, o de incapacidad de llevar la crianza y educación de los hijos y poca confianza en sí mismas (Herrera y Ruiz, 2010).

Al igual, habrá consecuencias económicas para la joven ya que no tienen las posibilidades para sustentar al hijo y el tenerlo bajo su cuidado muchas veces les impide tener empleos permanentes e incluso con más posibilidades si se le agrega que no tienen escolaridad básica completa. La cuestión económica en las

adolescentes llega a tener un costo para el país, ya que se pierden ingresos anuales que una mujer hubiera ganado a lo largo de su vida. En caso que la adolescente quiera quedarse con el hijo, sus responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación y su escasa o nula experiencia laboral hacen más difícil que encuentre un trabajo lo que tendrá como consecuencia que algunas jóvenes vivían en hogares reducidos, bajos ingresos e incluso por debajo del nivel de la pobreza lo que puede ser que las adolescentes dependan de asistencia social (Espinoza et al., 2016).

Como resultado de lo anterior, se debe promover la estabilidad emocional en las adolescentes al momento de ejercer su maternidad lo cual puede influir en el concepto que desarrollen de sí mismas como futuras madres y el vínculo que tendrá con su hijo(a). Por tanto, el primer embarazo es el momento ideal para intervenir por parte de centros de salud, especialistas, escuelas y familias apoyando en que el proceso del embarazo sea una experiencia positiva para las jóvenes y que tengan sus cuidados físicos y psicológicos pertinentes tanto madre como feto lo que puede ayudar a disminuir o evitar repercusiones en la adolescente (Albornoz, Arenas, Fernández, Martínez y Mora, 2019).

2.5 Políticas, programas y acciones ante este fenómeno

En el ámbito nacional como internacional se aborda la temática de la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la problemática del embarazo en la adolescencia donde instrumentos como la Conferencia Internacional de Población en 1984 aseguró a las y los adolescentes una educación familiar y sexual y servicios e información de planificación familiar. Después en 1985 la Conferencia Internacional de la Mujer identificó a las y los adolescentes como un grupo importante de riesgo reproductivo. Más adelante, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994 reconoce que los países con la asistencia de la comunidad internacional deberían proteger y promover los derechos de los y las adolescentes a la educación, la información y la asistencia en salud reproductiva y en reducir el número de embarazos (Morlachetti, 2007; Vélez, 2012).

Lo anterior, puede orientar en conocer políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar diversos problemas a los que se ven envueltos los y las

adolescentes teniendo siempre en cuenta sus derechos humanos como la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes aplicable a personas de entre 15 y 24 años de edad la cual busca proteger y garantizar el ejercicio de sus derechos incluyendo el tema de igualdad de género, la libre elección de pareja, la salud integral, la salud sexual y reproductiva y la confidencialidad de los servicios (Vélez, 2012).

Todos estos derechos, ayudan a que el niño(a) o adolescente sea tomado en cuenta respecto a los distintos rubros de su vida, para romper esa invisibilidad que afecta en ocasiones a este sector de la población. Tomando en cuenta el espacio social donde se desenvuelve cada individuo (Morlachetti, 2007).

El presente subtema se enfoca en conocer las políticas, programas y acciones a partir de dos textos: el primero es Informe de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) del año 2019 y el segundo es el texto de Políticas Públicas para Reducir el Embarazo Adolescente en México del año 2017.

Informe de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)

En México, datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT) muestra que la población de 12 a 19 años ha iniciado su vida sexual en un 21.2%, del cual, 13.4% son hombres y 26.2% mujeres quienes no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Al igual, una de cada 12 niñas de 12 a 19 años ha estado casada o vive en unión libre que en cifras equivale a 69 mil 934 y 629 mil 409 niñas donde el 4.6% son de 11 años o más jóvenes que su pareja. En el 2018, de los 156, 757 nacimientos eran de madres de entre 9 y 17 años siendo así que 146, 450 correspondían a adolescentes de 15 a 17 años, porcentaje que incrementó a diferencia del 2013 que eran 10, 307 niñas de entre 9 y 14 años. Por tanto, es de suma importancia actuar ante esta problemática debido a que la adolescente está inmersa en diversos factores de riesgo como morir por causas relacionadas con el parto o embarazo durante los primeros 28 días. Además, cuatro de cada 10 mujeres adolescentes que se

embarazan dejan la escuela, dado que la maternidad temprana les limita en las oportunidades de trabajo; algunos varones, también abandonan la escuela. Por tanto, el embarazo adolescente afecta el potencial del desarrollo, el empoderamiento, la participación y el ejercicio de la ciudadanía.

A cinco años de que el Gobierno de la República pusiera en marcha la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA), se ha consolidado la coordinación y la operación del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (GIPEA), que es coordinado por la Secretaría General del Consejo Nacional de Población (SGCONAPO), y que cuenta con una Secretaría Técnica tutelada por la presidenta del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). En el GIPEA participan servidoras y servidores públicos de Secretaría de Salud (SS), con la participación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (GNEGSR), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida (GENSIDA) y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), Instituto Nacional de Perinatología (INPER), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Secretaría de Bienestar (BIENESTAR), Instituto Mexicano de la Juventud (INJUVE), Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL), Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED), Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes (SE-SIPINNA), Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI), Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) mediante el Servicio Nacional de Empleo (SNE), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ONU Mujeres, Organización Balance A.C., la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) entre otras.

Todas las Secretarías, Institutos, Fondos, Centros y Grupos antes mencionados presentan aún retos de relevancia que sus resultados se verán reflejados a largo plazo, ya que se requieren cambios estructurales en todos los

componentes que conforman a cada uno para lograr los objetivos establecidos de disminuir a la mitad la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años y erradicarla en niñas y adolescentes menores de 15 años, alcanzando las metas para el 2030.

La ENAPEA, SG-CONAPO, INMUJERES y la GIPEA en 2019 realizaron tres reuniones con la finalidad de dar seguimiento, organizar y planear la agenda sustantiva para el cumplimiento de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) y la consecución de las metas planteadas a 2030. Presentando los siguientes puntos:

1. Se presentó el panorama actual del embarazo en adolescentes con el objetivo de generar un conocimiento común que permita hacer visible la responsabilidad gubernamental en la prevención del embarazo en adolescentes y la erradicación del embarazo infantil.
2. Se dio seguimiento al avance de los acuerdos establecidos teniendo como acuerdo el de incorporar al INAFED, la CNDH y al GEPEA de Chihuahua como representante de los GEPEA atendiendo la salud sexual y reproductiva con énfasis en la provisión de información y de métodos anticonceptivos. Al igual, el INMUJERES realizó la presentación de PROEQUIDAD 2019, como fondo económico donde se apoyó a mujeres de las entidades federativas para realizar proyectos en temas de prevención del embarazo adolescente y la erradicación del embarazo infantil.

Políticas Públicas para Reducir el Embarazo Adolescente en México

En el texto se sugiere que la aplicación de políticas públicas dependerá del contexto y las características de la población. En los países con vías de desarrollo como México, se implementan políticas específicas para prevenir y reducir el embarazo en adolescentes, ante las cuales, se debe asegurar que todas las adolescentes tengan acceso a la información y educación completa sobre la reproducción y la sexualidad.

En México se han implementado políticas públicas sobre salud sexual y reproductivas para la prevención y reducción del embarazo donde la afiliación de

las adolescentes a algún servicio médico y el conocimiento de métodos anticonceptivos serán variables para evitar o no un embarazo adolescente. Las adolescentes que tienen afiliación a algún servicio médico y que cuentan con más información y educación sobre la salud sexual y reproductiva tienen menos probabilidades de quedar embarazadas porque pueden acceder a servicios de planificación familiar.

Desde hace cuatro décadas, el Estado mexicano ha implementado políticas públicas sobre la planificación familiar y salud reproductiva debido a su expansión hacia finales de los sesenta, pero los objetivos de las mismas actualmente han cambiado ya que buscan detener la expansión demográfica. En los ochenta, reconocieron la importancia de promocionar métodos anticonceptivos modernos para reducir la mortalidad materna y dar prioridad de que las políticas públicas se enfocarán a comunidades con población vulnerable. Por tanto, en la segunda mitad de los años noventa y hasta la actualidad las políticas públicas se han enfocado en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Autores como Alvarado e Infante (2010) recomiendan que las políticas y programas deben mejorar la condición de las mujeres jóvenes y ampliar sus oportunidades a través de:

- Estimular el apoyo de la familia y la comunidad con el fin de aplazar el matrimonio y la maternidad.
- Ampliar el acceso de las jóvenes a una educación y capacitación de mejor calidad y ayudarlas a desarrollar las habilidades necesarias para competir en el mercado laboral.
- Integrarlas en programas de capacitación para crear sus propias empresas así generar ingresos y tener acceso a otros recursos para las adolescentes y mujeres en general.
- Es preciso que los programas existentes hagan lo posible para que todos los adolescentes asuman la responsabilidad acerca de su conducta sexual y reproductiva por medio de:

1. Impartir educación a jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, dentro y fuera de las escuelas.
2. Eliminar las barreras legales, normativas y culturales que impidan a los y las adolescentes que obtengan servicios de salud de acuerdo a su forma de pensar y sentir para obtener información sobre salud sexual y reproductiva.
3. Diseñar y prestar servicios sensibles y confiables de salud reproductiva que responda a las necesidades de la gente joven y así tomar decisiones sobre su sexualidad.

Por último, Blázquez (2007) habla de considerar la disminución del embarazo adolescente tomando en cuenta medidas preventivas a través de campañas que den información calificada y veraz sobre educación y salud sexual que incluya el uso adecuado de anticonceptivos y los testimonios de pares provocando en los jóvenes éste tipo de campañas una reflexión sobre el tema que les ayude a descubrir sus miedos y deseos inconscientes y traerlos a la conciencia para poder trabajarlos desde la objetividad que les ofrece información sobre sus consecuencias y riesgos.

El autor menciona que se debe insistir en una atención temprana del embarazo mediante un control prenatal adecuado, llevado por personal profesional brindando atención a las adolescentes en disminución de riesgos para la madre y el producto. Y como tercer punto abordar la atención psicológica a la adolescente, padre del bebé y a la familia de ambos durante y después del embarazo con el objetivo de atenuar el impacto de este fenómeno.

En conclusión, de acuerdo al texto de Políticas Públicas para Reducir el Embarazo Adolescente en México se deben crear políticas y programas que se orienten a los contextos de las adolescentes, sus características particulares y el comportamiento sexual y reproductivo de los hombres pues ellos tienen un rol importante en las decisiones del uso de métodos anticonceptivos al igual que la adolescente esto para diseñar políticas públicas que se adapten a todos los ámbitos sociales, contextuales y culturales como las comunidades indígenas o zonas rurales o con adolescentes que viven en estratos socioeconómicos bajos buscando evitar

el abordaje de las políticas públicas desde lo general, sino adecuarlas a las necesidades de cada joven estableciendo estrategias particulares.

CAPÍTULO 3. LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

*La violencia no es solo matar al otro.
Hay violencia cuando usamos una palabra
denigrante, cuando hacemos gestos para
denigrar a otra persona, cuando obedecemos
porque hay miedo. La violencia es mucho más sutil,
mucho más profunda.*

Jiddu Krishnamurti

En este capítulo se analiza a qué llamamos “riesgo” y a qué se refiere la palabra “protección” para así tener una idea más clara de los conceptos y entender los factores de riesgo y protección con una conceptualización y clasificación de los mismos por parte de autores especialistas en la materia. Los conceptos son generales y se enfocan en los factores que afectan a la población adolescente lo que encamina a que se den circunstancias, hechos o actos de riesgo como el embarazo adolescente o hechos protectores que los guían a tener mejores decisiones y mejores soluciones a sus problemas lo anterior, ligado con la importancia de la resiliencia, lo cual, se explica en el primer subtema del capítulo “factores de riesgo y protección en la adolescencia”. En el segundo subtema se hace una clasificación de los factores de riesgo y protección en el embarazo adolescente de acuerdo a algunos autores haciendo énfasis en una tipificación de cuatro niveles dada por Flórez y Soto (2013) en los cuales se presentan aquellos factores tanto protectores como de riesgo a los que están inmersos las jóvenes durante y después de su proceso de embarazo.

De ahí que se dé una descripción en términos generales de lo que se considera maltrato y violencia, para así dar paso a explicar los distintos tipos de maltratos y violencias por los que atraviesan específicamente las mujeres y adolescentes embarazadas, haciendo hincapié en sus derechos humanos. Al igual, se expresa cómo afectan estos actos a la mujer, al feto, a la familia de la embarazada y a la sociedad en general analizando los factores que están asociados a la violencia y el maltrato que viven las mujeres por parte de sus familias, parejas e instituciones de salud dando énfasis en la negligencia médica que muchas de

estas mujeres y adolescentes llegan a vivir durante su embarazo, lo cual se conoce como violencia obstétrica y las consecuencias que ésta deriva en la salud emocional y física de la mujer embarazada, misma que puede estar asociada con un tipo de violencia que afecta tanto a la mujer embarazada como al feto, lo que se conoce como maltrato prenatal. De igual modo, se analizan las consecuencias, causas y efectos de este fenómeno que forma parte del maltrato infantil, siendo las adolescentes embarazadas quienes son más propensas a vivir este tipo de maltrato durante la gestación. Siendo un tipo de maltrato que no solo está en el poco cuidado de la madre en sus citas prenatales y la violencia física que puede enfrentar en esas interacciones, y que por ende puede afectar al feto, sino que está vinculada con factores individuales, sociales, familiares y de acceso a la atención médica de las adolescentes embarazadas.

3.1 Los factores de riesgo y protección

La etapa de adolescencia es considerada un proceso del desarrollo en el cual se presentan cambios en la parte física, psíquica y social del y la adolescente quienes se ven envueltos en ocasiones en períodos de riesgo lo que puede originar la aparición de síntomas y enfermedades, así como alteraciones de la personalidad (Herrera, 1999).

Un riesgo se refiere a cualquier acto que aumenta la probabilidad de una condición problemática, la cual puede empeorar o mantenerse (Blasco, 2012). Los riesgos se centran en que un resultado no deseado se produzca, viéndolo como hechos o elementos del individuo o del entorno que, al estar negativamente presentes, aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos y comprometer la salud y el bienestar de la persona (Fullana, 1998).

Ahora, los riesgos pueden estar asociados a factores, ambas partes no actúan solas ya que tienden a ser acumulativas y estables lo que da consecuencias negativas a la persona. Cuanto más tiempo se esté expuesto a niveles de riesgo, mayor será la probabilidad de que los procesos de desarrollo se interrumpan y el comportamiento se perturbe, lo que aumentará los factores de riesgo (Blasco, 2012).

Por tanto, cuando nos referimos a factores de riesgo es necesario pensar y tomar en cuenta los valores que se entrelazan y cultivan en la vida de cada persona en este caso de cada joven, lo que se conoce como “cultura de riesgo” que se relaciona con conductas negativas que tienen un origen interno y externo de acuerdo a las vivencias personales, familiares y sociales de cada persona. Durante la adolescencia incrementa el número de actividades consideradas como comportamientos problemáticos o de riesgo por ejemplo el uso ilícito de sustancias, ausentismo escolar, suspensiones, robos, vandalismo y sexo precoz y sin protección (Páramo, 2011). Otros autores como Florenzano y Valdés (2005) mencionan que la influencia de los pares y padres, la calidad de vida del adolescente, la calidad del sistema escolar y algunas variables psicológicas son factores de alerta al momento de hablar de riesgos en la adolescencia.

Existen algunas distinciones de los factores de riesgo como “amplio espectro” y conductas de riesgo que son “específicos para un daño”, en el primero, están las familias con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, baja autoestima, pertenencia a un grupo con conductas de riesgo, proyecto de vida débil, una percepción del sujeto que los eventos ocurren como resultado del azar, el destino o la suerte (locus de control externo) y bajo nivel de resiliencia y en segundo término están las conductas de riesgo específico como portar un arma blanca, tener familiares o amigas que fueron madres adolescentes, consumo de alcohol, tabaco y drogas, depresión entre otras (Donas, 2001).

Para tener un análisis más claro de los factores de riesgo durante la adolescencia la autora Deza (2015) propone una clasificación de los mismos a partir de seis ámbitos de procedencia, desde el nivel individual hasta la parte sociocultural (ver Tabla 7).

Tabla 7*Clasificación de factores de riesgo en la adolescencia*

Clasificación	Descripción
1. Factores individuales	Se refiere a rasgos personales que dificultan una relación con el entorno como la baja capacidad de resolución de conflictos.
2. Factores familiares	Se refiere a las características familiares como la baja cohesión familiar, padres con alguna enfermedad mental, presencia de estilos parentales coercitivos, ambivalente o permisivos, la pobreza familiar, entre otros como un impacto en los y las jóvenes.
3. Factores ligados al grupo de pares	El buscar pertenecer a un grupo en ocasiones lleva a tener comportamientos de riesgo como el abuso de drogas, alcohol, entre otras.
4. Factores escolares	Al ser la escuela un espacio donde los jóvenes pasan la mayor parte de su tiempo, se considera que el no tener el apoyo de los profesores, un sentimiento de alienación o tener compañeros violentos pueden considerarse factores de riesgo.
5. Factores social comunitarios	Las organizaciones como las comunidades influyen en la vida de los jóvenes y es el nivel de apoyo que les den lo que puede o no llevar a factores de riesgo.
6. Factores socioculturales	Los estereotipos que se les dan a los jóvenes son factores que pueden incurrir a cerrarles oportunidades en su vida y así estar más expuestos a factores de riesgos.

La adolescencia lleva consigo un alto riesgo en materia sexual, ya que el conocimiento sobre sexualidad, anticonceptivos y medidas preventivas de enfermedades de transmisión sexual es muy pobre, lo que conlleva a que los y las jóvenes se basen en mitos sexuales y falsas asunciones que pueden desencadenar conductas de riesgos originando embarazos no deseados, abortos o contagios de

enfermedades infecciosas (Coll, 2001; Florenzano y Valdés, 2005; Vargas, Henao y González, 2007).

Al considerarse los factores de riesgo como una probabilidad de daño a la salud es importante que se dé una atención primaria a estos factores, siendo así que el médico o personal de salud tienen como objetivo lograr el desarrollo máximo de ellos, contribuir a una correcta educación y detectar a tiempo cualquier enfermedad o trastorno lo que lleva a que se tenga un buen manejo de información sobre los factores predisponentes de riesgo (Herrera, 1999).

De manera que para Herrera el uso del concepto de riesgo en ocasiones está relacionado en el área médica con mortalidad, lo cual no encaja mucho con la salud del adolescente, ya que sus problemas son más del contexto social. Por lo cual, es importante conocer los factores psicosociales de riesgo en la adolescencia. Uno de estos factores es la *insatisfacción de las necesidades psicológicas básicas* como la necesidad de autoafirmación, de independencia, de relación íntima personal y la aceptación por un grupo, otro es lo referente a *patrones inadecuados de educación y crianza* como la sobreprotección y en el otro extremo el autoritarismo que limita la necesidad de independencia del adolescente y frena el desarrollo de su personalidad al igual la *agresión física como verbal* lleva a perjudicar la integridad del adolescente y su autoimagen, *la permisividad* es otro factor que propicia conductas inadecuadas sin límites claros, *la autoridad dividida* que no permite a los jóvenes tener una claridad en las normas y reglas de su comportamientos, *un ambiente frustrante* que se refiere a la falta de manifestaciones adecuadas de afecto existiendo castigos, amenazas e intromisiones en la vida privada de los y las jóvenes y *una sexualidad mal orientada* llena de prejuicios en relación a temas sexuales lo que lleva a la población adolescente a buscar por otros medios la información.

Siguiendo con la idea de la autora, se habla también de riesgos sociales del adolescente desde factores sociales y ambientales que producen resultados negativos en los y las adolescentes. Como factores de riesgo social está el inadecuado ambiente familiar lo que se relaciona con una familia disfuncional que no cumplen las funciones básicas como reglas, roles familiares y la ayuda para el

desarrollo sano de la personalidad el adolescente, la pertenencia a grupos antisociales con los cuales los y las jóvenes en ocasiones tratan de buscar una autoafirmación imitando actos inadecuados de los demás, se habla de una promiscuidad como factor de riesgo social al provocar embarazos no deseados y enfermedades sexuales sino que origina también una autovaloración y autoestima negativas en el y la adolescente, el abandono escolar y laboral lo que provoca que el adolescente esté desvinculado de la sociedad o se sienta fuera de lugar y por último el bajo nivel escolar, cultural y económico que al presentar una privación en alguno de ellos da pauta a que el adolescente haga acciones inadecuadas como robo, pertenecer al crimen organizado, entre otros.

Es importante conocer que no todos los factores de riesgo ocasionan problemas en el desarrollo del adolescente ya que éstos se desenvuelven o conviven en otros ambientes donde cuentan con recursos personales que amortiguan los factores de riesgo antes mencionados. Por tanto, el concepto de factor protector aludirá a las influencias que modifican, mejoran o alteran la respuesta de una persona a algún riesgo que predispone a un resultado no adaptativo por lo cual, los factores de riesgo son frecuentemente compensados por factores de protección (Deza, 2015).

Cuando nos referimos a factores de protección es importante conocer primero la definición de la palabra “protección” a decir de Pérez y Merino (2010) la palabra protección se refiere a la acción y efecto de proteger, siendo un cuidado preventivo ante un evento de riesgo o problema aunado a este término está la resiliencia que deben tener los jóvenes al momento de enfrentar y superar factores negativos y externos (riesgos) mediante un comportamiento socialmente aceptable en lugares de adversidad y hacer de lado conductas inadecuadas (Páramo, 2011).

Para Masten & Powell (2007) la resiliencia se refiere a patrones de adaptación positiva en contextos de riesgo significativo. La resiliencia según estos autores requiere dos juicios: que una persona lo está haciendo bien y que el riesgo significativo ha sido superado.

Según Aguilar y Acle (2012) la capacidad de una persona de superar adversidades se logra por el empleo de factores internos y externos de un individuo,

lo que conlleva un manejo efectivo de la voluntad y el empleo de competencias afectivas, sociales y de comunicación para conocer, enfrentar y modificar la circunstancia ante una desdicha. Las dimensiones de la resiliencia son cinco: a) existencia de redes sociales informales, la persona tiene amigos, participa en actividades con ellos y lo hace con agrado y tiene una buena relación, b) sentido de la vida, trascendencia, la persona tiene sentido y coherencia en la vida, c) una autoestima positiva, donde la persona se ama y valora y confía en sus capacidades para llevar a cabo acciones, d) está la presencia de aptitudes y destrezas para desarrollar competencias, e) sentido del humor y gozar de las emociones positivas (Kalawski y Haz, 2003).

Los factores de protección ayudarán a reducir los efectos negativos que produjeron los factores de riesgo a través de recursos internos y externos con los que cuente el individuo para modificar el riesgo (Benard, 2004; Rutter, 2003; Uriarte, 2006).

Otro concepto es el propuesto por Páramo (2011) quien menciona que en el campo de la salud los factores de protección se relacionan con las características que tiene un individuo, familia, grupo o comunidad que ayuden al desarrollo humano, al mantenimiento o a la recuperación de la salud siendo así que al mismo tiempo contrarrestan los efectos que causan los factores y las conductas de riesgo, reduciendo la vulnerabilidad.

Como parte de estos factores, se encuentran los de *recuperación* y de *control de conducta*. Por un lado, se habla de recuperación cuando existe un cambio permanente llegando así al resultado deseado que se vio afectado por un factor de riesgo y por otro lado está el control conductual que se refiere a las situaciones ambientales que impiden un resultado negativo de forma temporal (Tomasini, 2012).

Otra clasificación de estos factores son los personales, familiares, escolares y sociales los cuales están relacionados con los *factores protectores específicos* que se enfocan en ciertas conductas de riesgo y los de *amplio espectro* que son indicativos de mayor probabilidad de conductas protectoras que son favorables para no originar daños o riesgos. Por tanto, los factores *personales* se relacionan con la autoestima, la convivencia positiva, la asertividad, altruismo, flexibilidad de

pensamiento, creatividad, autocontrol emocional, independencia, confianza en sí mismo, sentimiento de autoeficacia y auto valía, optimismo, por la percepción del individuo de que las cosas ocurren por sus acciones (locus de control interno), iniciativa, moralidad y sentido del humor, los *factores familiares* son el apoyo y la comprensión que se le dé a los y las adolescentes y la presencia de un ambiente de estabilidad emocional, *los factores escolares* se refieren a las actividades extras como talleres artísticos, cívicos, científicos y deportivos, un grupo reducido de alumnos por aula lo que ayuda a que se les preste más atención a los alumnos con una atención más personalizada y por último los *sociales* que se relacionan con la comunidad donde se desenvuelve el adolescente, las normas sociales, el medio socioeconómico y el geográfico (Tomasini, 2012; Donas, 2001).

En los factores protectores habrá diferencias en el ámbito individual, diádico o comunitario. En lo individual se hace referencia a encontrar coeficientes de inteligencia, habilidades de atención, de memoria, un autocontrol y un pensamiento flexible (funcionamiento ejecutivo), autopercepciones de competencia y autoeficacia en la parte diádica están las relaciones sociales de calidad con los padres y el tener un adulto que tenga un rol de tutor ya sean los padres u otro familiar de los y las jóvenes. En la parte comunitaria están las escuelas exitosas, el involucramiento con organizaciones pro sociales, vecindarios organizados, bibliotecas, centro de recreación y cuidados de la salud (Masten y Powell, 2007).

Donas (2001) considera que se debe prevenir en acciones que encaminan a los adolescentes a factores de protección en su vida, poniendo como objetivo el desarrollo humano en los y las adolescentes, tomar acciones que sean intersectoriales, ver a la salud desde una parte integral, dar una atención multidisciplinar, debe haber una participación social y en salud de los adolescentes y una participación de padres y profesores.

Para concluir este subtema se resaltan los cinco mecanismos de interacción entre los factores de riesgo y los de protección a partir de la resiliencia los cuales son propuestos por Aguilar y Acle (2012):

- ❖ Ambos factores forman parte de la resiliencia, por lo que estudiarlos ayuda a comprender mejor qué es la resiliencia.

- ❖ En algún punto se da una relación de ambos factores, no al mismo tiempo y no en los mismos eventos de la resiliencia, es decir lo que un factor de protección puede ser en un momento dado, después podría ya no serlo debido a que otro factor protector funcionó bien para la adaptación de la persona.
- ❖ No siempre el mismo factor protector funcionará igual para la misma situación de riesgo o para otras situaciones.
- ❖ Dependiendo del momento histórico y el contexto social, escolar y familiar de la persona existirá un factor de protección que sea funcional, pero después ese factor puede ser ineficiente.
- ❖ En ocasiones un factor protector puede ser un factor de riesgo dependiendo de la situación.

De acuerdo a estas interrelaciones podemos concluir que los factores de protección operan sobre los factores de riesgo en tres formas: 1) interrumpiendo el flujo de una cadena de riesgos, 2) reduciendo el impacto del riesgo en la vida de los y las adolescentes y 3) bloqueando el inicio de un factor de riesgo. Es decir, un factor de protección ayuda a que un factor de riesgo no tenga consecuencias tan dañinas en la vida de las personas mediante mecanismos de protección, recuperación o control conductual (Jenson & Fraser, 2006).

3.2 Factores de riesgo y protección durante el embarazo adolescente

Un embarazo a temprana edad está relacionado con riesgos para la salud de la madre, el hijo, la familia e incluso la sociedad lo que hace que este proceso sea considerado como un problema social con repercusiones causadas en ocasiones por una inmadurez biológica, psicológica y social de los/las adolescentes que no permite que enfrenten la maternidad y paternidad de manera responsable (Quintero, 2016; Rodríguez, 2008).

Habitualmente el embarazo en la etapa de la adolescencia no es planeado o deseado por lo que puede llegar a causar problemas en la pareja de jóvenes lo que llega a originar diversos factores de riesgo como socioeconómicos, de educación,

familiares, ginecológicos y algunas conductas de riesgo como consumo de bebidas, tabaco y alcohol acciones que en ocasiones se llevan acabo estando la madre embarazada. De acuerdo a la literatura, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad esta asociada con tener más parejas sexuales, no usar algún método anticonceptivo, tener algún tipo de infección de transmisión sexual o un embarazo no deseado. Otro factor que se desencadena del embarazo adolescente, es la deserción escolar siendo así que las jóvenes se ven obligadas en muchas ocasiones a interrumpir sus estudios, metas y logros (Carrillo y Manzanero, 2018; Baeza et al., 2007).

Están otros autores como Venegas y Nayta (2019) quienes mencionan que desde una perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de seguir estudiando y trabajar ya que muchas de las chicas se ven en la necesidad de ocuparse en asuntos de maternidad lo que ocasiona que cuenten con un nivel de escolaridad muy bajo que les impida el acceso a un trabajo que pueda satisfacer sus necesidades. Por tanto, el embarazo en la adolescencia acarrea desventajas como pérdida de libertad, asumir responsabilidades parentales, exclusión de grupo de pares y dedicar más tiempo al cuidado del bebé.

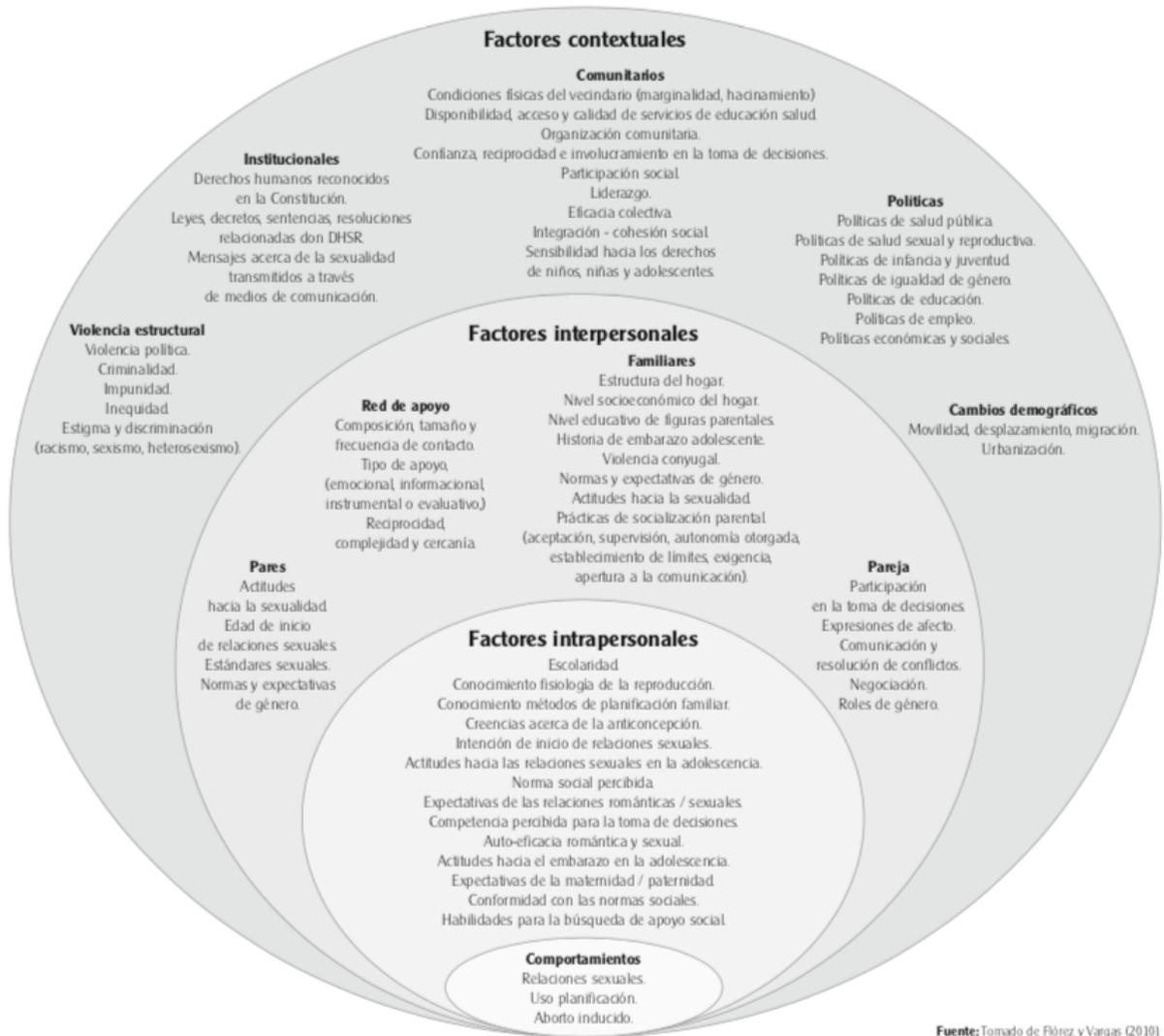
Siguiendo con los factores que desencadenan el embarazo adolescente Ramírez, Gómez, Villareal, García, Rodríguez, Rosas y Flores (2013) mencionan que la repetición de patrones, adolescentes que tiene un solo padre o que experimentan la ausencia de ambos, una disfuncionalidad en la familia, hacinamiento, baja escolaridad de ambos padres, adicciones y toxicomanías de algún miembro de la familia desencadena que la joven busque un embarazo para “escapar” de estas situaciones.

De acuerdo a Flórez y Soto (2013) la fecundidad adolescente se determina por factores próximos y distales. En los *próximos* se encuentran factores relacionados con un embarazo, con la concepción y el uso eficiente de métodos de control natal y la gestación referente a la terminación exitosa o no del embarazo. Incluyendo la fertilidad posparto como factor importante de fecundidad como inicio de las relaciones sexuales, matrimonio, unión, anticoncepción, aborto e infertilidad.

Se puede esperar que al exponerse a un riesgo en el embarazo se contradiga con la aceptación del mismo y el uso de métodos anticonceptivos al igual, entre mayor sea la exposición al riesgo de embarazo y menor el acceso a métodos de planificación familiar por parte de los jóvenes, mayor será la inclinación por el aborto. En la mayoría de los países latinoamericanos es probable que el embarazo previo a una unión estable, termine en matrimonio que en aborto (Guzmán, Hakkert y Contreras, 2000 como se citó en Flórez y Soto, 2013).

En los factores *distales* se toman en cuenta los factores interpersonales o contextuales (variables socioeconómicas, demográficas y psicológicas) de las jóvenes. En los interpersonales están las variables de los grupos primarios de referencia como familia, pares y redes de apoyo social y en los contextuales las comunitarias, instituciones y políticas. La siguiente figura muestra las variables teóricamente consideradas en cada uno de los niveles (ver Figura 1).

Figura 1. Factores de riesgo y protección asociados al embarazo adolescente



Fuente: Tomado de Flórez y Vargas (2010)

Según Flórez y Soto (2013) las variables del primer nivel (comportamientos) son parte de los determinantes próximos a través de los cuales actúan los determinantes distales que son las variables o factores que siguen en los siguientes niveles. En la parte intrapersonal o individual además de los otros factores antes mencionados, se incluyen variables educativas como el nivel de escolaridad y conocimientos, la parte cognitiva como las actitudes, expectativas, percepciones, creencias, perspectiva de tiempo a futuros y la conformidad con las normas sociales y la variable de comportamentales como las habilidades comunicativas para la

resolución de problemas, la negación, la toma de decisiones y la búsqueda de apoyo.

Siguiendo la idea de las autoras, el tercer nivel hace referencia a lo interpersonal en el cual se encuentran características del hogar o de la familia como su estructura y funcionalidad de la red de apoyo social y la calidad que puedan tener las relaciones con figuras significativas por parte de las adolescentes como su familia, amistades y grupo de pares, están las características demográficas, las expectativas, normas y comportamiento de figuras parentales, agentes sociales de influencia y grupos de referencia. Por último, en los factores contextuales están los que se enfocan al orden institucional como las regulaciones y políticas que promueven o restringen comportamientos, las de orden comunitario como organización y capacidad comunitaria y las políticas públicas como leyes y normas que ayudan a regular o apoyar prácticas y acciones enfocadas a la salud, prevención, detección temprana y control del embarazo adolescente.

Cualquiera de los factores o variables antes mencionadas sea el nivel que sea, puede agruparse en factores protectores o de riesgo. Los primeros ayudarán a disminuir la probabilidad de un embarazo a temprana edad, mientras que los factores de riesgo aumentan la probabilidad de un embarazo precoz. El balance entre ambos determinará la vulnerabilidad de tener un riesgo negativo a partir de la exposición de un conjunto de factores de riesgo, debido a la incapacidad de la persona de enfrentarlos (Flórez y Soto, 2013).

A diferencia de las autoras anteriores, Rodríguez (2008) hace una división de los factores de riesgo en el embarazo adolescente en: estructurales, individuales e institucionales. En los factores *estructurales* se encuentran las situaciones de conflicto armado, la violencia urbana y el desplazamiento lo que lleva a las adolescentes a comprometer su sexualidad y reproducción. También se encuentra la situación de exclusión social en relación con servicios de salud, educación y empleo. Se presentan más situaciones y grupos de riesgo como mujeres en prostitución o cualquier forma de explotación sexual, otro elemento de estos factores es la influencia de los medios de comunicación en la población adolescente ejerciendo una presión en estímulos sexuales y en una sobrevaloración del sexo.

En los factores *individuales* se dice que las jóvenes corren riesgos para buscar una aceptación lo que se consideraría que es parte de su crecimiento y desarrollo, pero son actos que las lleva confundir comportamientos de riesgo con muestras de madurez. Otro aspecto son las creencias y prácticas de la maternidad que se considera un proyecto de vida en las jóvenes buscando el reconocimiento, afirmación social y de afectividad así elevando su autoestima y por último los factores *institucionales* como la marginalidad femenina de los servicios de salud, escuela y otros servicios sociales, la falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos por parte de los servicios de salud y un tiempo escaso de atención en temas de salud a las embarazadas y un desconocimiento de los derechos en salud y poco acceso a instituciones de justicia y protección.

Con lo anterior, concluimos que el embarazo adolescente no afecta solo a la madre en cuestión de salud física y emocional, sino a todos los que la rodean incluido a su hijo(a) y el padre adolescente que no está preparado al igual que la madre para desempeñar el rol de padres. Se considera que, gracias a ciertas culturas, se excluye al varón de su papel de padre para que desempeñe roles de portador económico dejando la crianza a la mujer, al ser así, el hombre tiene un sentimiento de aislamiento que lo hace distanciarse de la mamá y el hijo, quedando en muchas ocasiones la adolescente como madre soltera. Es importante mencionar que los factores de riesgo y protección antes presentados dependerá de cada adolescente y el ambiente en el que se desenvuelve, no quiere decir que esto sea igual para todos(as) habrá diversos factores relacionados de acuerdo a las formas de vida de la adolescente (revisar capítulo 1) lo que hace que los factores de riesgo no lo sean para algunas chicas mientras que para otras sí, e igualmente en el caso de los factores de protección (Arana, Martínez y Rosales, 2013).

3.3 Maltrato y violencia a la embarazada

En el texto *Las Voces de Niñas, Niños y Adolescentes Sobre la Violencia* del año 2006 se menciona que la violencia o maltrato es toda forma de daño ya sea física o mental, al descuido, al trato negligente, a la explotación, entre otras acciones que son ejercidas por parte de otras personas, instituciones o familiares a niños, niñas y adolescentes. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud en su Informe Mundial sobre Violencia y la Salud del año 2002 establece que la violencia o el maltrato se refieren al uso de la fuerza física o del poder, a la amenaza en contra de sí mismo, de otra persona, grupo o comunidad que tenga como resultado lesiones, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación.

En el escrito de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2016) se menciona que en México el maltrato es un problema que generalmente se calla y que en ocasiones es tolerado y hasta legitimado en algunas culturas donde el hombre tiene un derecho en la mujer, hijas e hijos lo que se vuelve parte de una interacción intrafamiliar, pasando de generación a generación en la crianza de los hijos lo que a su vez se replica cuando son padres.

Entre los factores asociados a la violencia de las mujeres está la tolerancia al castigo físico como medio de resolver disputas personales, siendo esto más común en lugares donde el concepto de masculinidad está ligado a la dureza, el honor masculino o la autoridad donde domina la percepción de que las mujeres son “propiedad” de los hombres. En la parte social, el maltrato a las mujeres impactará negativamente en el desarrollo de una comunidad considerado un obstáculo para salir de la pobreza, ya que genera gastos a la atención de salud, seguridad y aspectos judiciales; de igual modo, la violencia a las mujeres termina por separar familias como espacios de protección (Vladislavovna, Pámanes, Billings y Torres, 2007).

Este tema se ha estudiado en México desde 1990 como un problema de salud pública, social y de derechos humanos (Castro, Ruíz, Arenas, Juárez y Martínez, 2002; Castro et al., 2004). De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, cada 18 segundos una mujer es maltratada en el mundo, mientras que en México 54 de cada 100 mujeres son víctimas de algún tipo de violencia casi

siempre infligida por la pareja (Cervantes, Delgado, Nuño, Sahagún, Hernández y Ramírez, 2016).

La violencia o el maltrato en las distintas etapas de la vida de las mujeres es considerada de naturaleza multicausal, durante el embarazo este acto puede tener alcances mortales tanto para la madre como el feto. El maltrato durante la gestación es considerado un factor que aumenta las probabilidades de un aborto espontáneo, de muerte fetal, de parto prematuro y bajo peso del bebé al nacer lo que puede ocasionar depresión, estrés postraumático, insomnio, trastornos alimentarios, intentos suicidas entre otros en la embarazada. Como parte de este maltrato, las víctimas desarrollan ansiedad y estrés lo que puede ser perjudicial tanto para la madre como para el neonato causando trastornos de salud a corto y largo plazo (Vladislavovna, et al., 2007).

La violencia en el embarazo es un patrón de coacción y control, que toma en cuenta la agresión emocional, física, sexual o la mezcla de estas y amenazas contra una mujer por su pareja, ex pareja, antes, durante y hasta un año posterior del nacimiento de un hijo (Castro et al., 2004; Contreras, Mori, Hinostroza, Yancachajilla, Lam y Chacón, 2013). La gestación, puede estar asociada de manera positiva o negativa con el factor de violencia intrafamiliar siendo así, que las tasas más altas de embarazo no deseado son en mujeres que presentan violencia en pareja (Padilla, 2016).

Según Padilla (2016) existen tres factores de riesgo por los que pasan las mujeres violentadas durante el embarazo: inestabilidad social (mujeres jóvenes, no casadas, nivel educativo bajo, desempleadas y con embarazo no planeado), estilo de vida no saludable (dieta inadecuada, alcoholismo, uso de drogas ilegales y desórdenes emocionales, consumo de alcohol por su pareja) y problemas de salud (males físicos de salud, infección de VIH y uso de drogas prescritas).

Por su parte los autores Vladislavovna et al., 2007 mencionan que habrá factores individuales que están asociados a la violencia de pareja en las mujeres embarazadas como: antecedentes de violencia en la infancia, violencia antes del embarazo y el bajo nivel educativo y socioeconómico bajo de la mujer, entre otros.

Otro factor de riesgo es ser testigos de la violencia o maltrato en pareja de padres, ya que, en las mujeres embarazadas en México, entre los predictores más fuertes de violencia durante el embarazo es la victimización y la violencia de sus propios padres, cuando eran niñas (Padilla, 2016).

En el caso de las adolescentes, cuando informan a sus familias sobre su embarazo en ocasiones llegan a ser reprendidas por sus padres u otros familiares, al sentir que fueron defraudados lo que lleva a que las adolescentes sean agredidas emocionalmente y en ocasiones físicamente ya sea por alguien de la familia o incluso por su pareja. El proceso del embarazo no es tomado con la mejor disposición por algunas mujeres o jóvenes lo que en ocasiones desencadena comportamientos negativos como el descuido de sus salud física y emocional, infringirse daño físico e incluso provocarse un aborto y bajar su rendimiento escolar lo que lleva a que sus compañeros (as) se burlen de su condición de embarazo siendo probable que la adolescente abandone la escuela (Loredo, Vargas, Casas, González y Gutiérrez, 2017).

Siguiendo la idea de los autores, existe el doble fenómeno de maltrato infantil (DFMI) que se desencadena en las madres jóvenes o adolescentes embarazadas quienes al ser rechazadas por su pareja, familia y/o sociedad, es considerada como víctima de maltrato infantil (MI) ya sea por abuso físico, psicológico o negligencia, sin considerar sus derechos, los cuales son violentados (Mendoza y Subiría, 2013; Loredo et al., 2017) teniendo como consecuencia que la nueva madre pueda rechazar e incluso maltratar física y psicológicamente a su hijo(a) lo que origina una nueva modalidad de maltrato infantil estableciendo el DFMI en la misma familia (Ramos, Barriga y Pérez, 2009; Loredo et al., 2017).

Se debe insistir en el respeto que merece la mujer embarazada, sin importar su edad. Sabiendo que tienen como prioridad el cuidado de su salud durante su gestación para evitar problemas y complicaciones (Loredo, Casas y Monroy, 2014) pudiendo impedir alguna modalidad de maltrato infantil, el cual es un problema de salud pública (Pérez, Flores, García, Loredo, Trejo y Casimiro, 2015).

Como se menciona en el Informe de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2016) en el caso de la adolescente embarazada, se debe velar por

su bienestar integral tanto de su aspecto físico, mental y emocional, es decir respetar sus derechos a la salud reproductiva, lo que implica que tengan acceso sin ninguna discriminación a servicios médicos que sean los suficientes, adecuados y de calidad antes, durante y después del embarazo y parto proporcionándoles la información necesaria y suficiente para que las mismas jóvenes sean capaces de tomar decisiones respecto a su embarazo respetando siempre su decisión. Lo anterior, abarca la salud materna y la protección de sus derechos que se relacionan con la autonomía y dignidad no solo de las adolescentes, sino de todas las mujeres recomendando el cuidado del embarazo y parto usando la tecnología apropiada, respetando la privacidad, dignidad, confidencialidad y las decisiones lo que habla de una atención o parto humanizado.

Como señala el informe anterior de la Comisión de Derechos Humanos, toda mujer tiene derecho a vivir una vida sin violencia, ya que tendrá consecuencias en su salud sexual y reproductiva. Se debe proteger a las mujeres de actos de abuso sexual y violación que lesionen su integridad física y emocional. Además, las mujeres en este caso adolescentes, deben estar protegidas contra cualquier tipo de violencia obstétrica, lo cual se entiende que es cualquier acto u omisión intencional de las autoridades de salud que vulnere o limite el derecho de las mujeres a una maternidad libre, elegida y segura, en general la penalización de sus derechos reproductivos.

Otro concepto de violencia obstétrica es el que ofrece Soto (2016) quien menciona que es una expresión de la violencia de género, una manifestación de las relaciones asimétricas de poder que existen entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, en labor de parto, las cuales revelan desigualdad, debido a que el personal de salud ya sea de instituciones públicas o privadas, es quien decide los procedimientos a realizar en el cuerpo de las mujeres, subordinando las necesidades de las mismas, con lo que obstaculizan el ejercicio de sus derechos humanos. Este tipo de violencia, ha sido naturalizada e invisibilizada considerándola como normal o natural, siendo producto de un entramado multifactorial en donde está la violencia institucional y la violencia de género.

En muchas ocasiones los profesionales de la salud se hacen ver como la autoridad dentro del centro de salud buscando mantener la obediencia de las reglas lo que en ocasiones rompe la interacción humana entre paciente y profesional, generando una fragilidad en el vínculo. De acuerdo con la OMS en el mundo entero hay casos donde las mujeres son asistidas de manera violenta, viviendo malos tratos, una falta de respeto, abusos, negligencias, violación de los derechos humanos por profesionales de la salud, siendo más frecuente durante la asistencia al parto y al nacimiento (Barbosa y Modena, 2018).

Como parte de esta violencia, está también la negación a la presencia de un acompañante de la elección de la embarazada, la falta de información a las mujeres sobre los diferentes procedimientos ejecutados durante la asistencia, la realización de cesáreas innecesarias, la privación del derecho a la alimentación y la deambulación (caminar sin punto fijo), exámenes vaginales rutinarios y repetitivos sin justificación, el uso frecuente de oxitócina para acelerar el trabajo de parto, la realización de episiotomía (incisión quirúrgica de la válvula al ano para evitar el desgarre de tejidos durante el parto) sin consentimiento de la mujer, entre otros eventos que pueden llevar a un daño físico, mental y emocional de las pacientes (Barbosa y Modena, 2018).

Otra cuestión expuesta por los autores anteriores es que este tipo de violencia afecta especialmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional y que este fenómeno lleva consigo la idea del sexo femenino como frágil que necesita ser mantenida sobre una autoridad patriarcal (el médico) quien decide qué es lo mejor para la mujer embarazada.

La violencia obstétrica como violencia institucional tiene tres grupos de víctimas: las mujeres en trabajo de parto, los familiares de las mujeres incluidas las y los recién nacidos y el personal de salud que participa en la atención de las mujeres durante el parto. Por último, los efectos de la violencia en las mujeres en trabajo de parto consiste en la omisión a la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina (acostada boca arriba) y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la

realización del parto vertical, en cuclillas o hincada, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de una cesárea existiendo condiciones de parto natural sin obtener el consentimiento voluntario de la mujer (García, Almaguer y Vargas, 2010).

Otra forma de violencia en particular de las adolescentes embarazadas, es la forma de crianza y la ausencia del rol paterno. El reparto de las tareas del hogar, la redefinición de roles, la referencialidad de los adultos, la necesidad de la presencia del padre y los cambios en la vinculación afecto-emocional, entre otros, muestra que los hijos que crecen en un ambiente familiar armónico donde hay compañerismo, apoyo y atención tienen un mejor ajuste psicológico y mayor autoestima al contrario de los efectos negativos de un estilo de crianza más ausente, autoritario y negligente. Siendo la negligencia una forma de violencia relacionada con la pérdida de armonía, unidad y sentido de institucionalidad en la familia, convirtiéndose en un problema de salud pública donde hay una predominancia en los padres que no juegan un rol funcional, la incapacidad de promover la competencia psicosocial y la apatía para hacerse responsable de un hijo al no ofrecer elementos para su protección (Salazar, Ávila y Bernal, 2018).

Por tanto, la negligencia en este sentido, equivale a una forma particular de ausencia paterna, siendo así que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 lo describe como un problema de relación padre-hijo afín al maltrato que tiene síntomas negativos permanentes que son relevantes en el descuido de una persona a otra en sus necesidades básicas. La ausencia paterna puede llevar al embarazo adolescentes ya que hay una experiencia de ausencia o presencia del padre lo que proporciona una señal de predicción para la actividad sexual precoz (Salazar et al., 2018).

Por tanto, la violencia que viven las adolescentes y mujeres adultas durante su embarazo tendrá un impacto en el bienestar fetal. Siendo la violencia doméstica una de las más comunes y serias para la salud de la mujer. En estudios recientes,

se cita ya a este tipo de maltrato como una complicación para el embarazo más que la hipertensión, diabetes u otra. Al igual, la mujer podrá sufrir violencia por parte de su pareja, dado que él puede tener momentos de ansiedad y estrés respecto al parto y los canaliza hacia la mujer. Una de las características que ayudan a identificar a las embarazadas en mayor riesgo de violencia, son las mujeres más jóvenes (13 a 17 años) quienes presentan más riesgo (embarazo a edad temprana o madres solteras) a esto podría sumarse si el embarazo no fue planeado o deseado, la violencia puede incrementar hasta cuatro veces más, probablemente (Sánchez, Galván, Reyes, Reyes y Reyes, 2013).

Derivado de lo anterior es posible afirmar que la violencia y el maltrato tendrán un impacto en los resultados del embarazo de la joven y adulta llegando a presentar una tendencia a atenderse de manera tardía en lo que respecta a cuidados prenatales, ganando menos peso durante el embarazo, siendo esto más común en las adolescentes que consumen sustancias nocivas durante el embarazo. Por tanto, las mujeres que sufren un maltrato durante su embarazo tienen más posibilidad de sufrir depresión posparto o tener complicaciones graves de salud durante su gestación comprometiendo su salud y la del bebé provocando en este último lo que se conoce como maltrato prenatal (Sánchez et al., 2013).

3.4 El maltrato prenatal

El maltrato prenatal se produce antes del nacimiento del niño(a) ante actuaciones o circunstancias que de manera intencional o negligente dañan a los bebés durante su gestación en cualquier etapa del desarrollo, este tipo del maltrato está comprendido dentro del maltrato infantil (Loredo, García y Monroy, 2004; Fajardo y Olivas, 2010).

Otro concepto de maltrato prenatal es el que dan García, Campistol, López, Morcillo y Mur (2018), quienes señalan que se da cuando la gestante no cuida el propio cuerpo, consciente o inconscientemente, ingiere drogas o sustancias psicotrópicas o recibe maltrato físico por otra persona.

Según Bringiotti (2005), el maltrato prenatal puede originarse debido a una *acción*, es decir, cuando actos voluntarios de la madre influyen de manera negativa

o patológicamente en el feto como el consumo de tóxicos (síndrome de abstinencia neonatal) y alcohol (síndrome alcohólico fetal). O producirse por *omisión* al no atender las necesidades y cuidados de la embarazada que afectarán negativamente en el feto como no tener un control prenatal adecuado, alimentación inadecuada o insuficiente o exceso de trabajo físico. Otra forma de ver el maltrato prenatal es cuando el progenitor maltrata a nivel físico a la embarazada e incluso el no atender sus necesidades básicas.

El término de maltrato prenatal como tal, no es definido por la OMS pero si lo incluye dentro de las tipologías del maltrato infantil, asegurando que la prevención debería ser una política a seguir, para no tener que atender las consecuencias de este maltrato. En los casos más severos de maltrato prenatal, es evidente y necesaria la aplicación del código penal, pero es mejor prevenir y eliminar los indicadores de riesgo que puedan afectar el desarrollo del feto a través de la concientización de las adolescentes embarazadas, los especialistas de la salud y la sociedad en general (García et al., 2018).

Mercau (2015), menciona que el feto al igual que todo ser humano es sujeto de derechos que la mayoría de las veces desconocemos y que por tanto, debemos aprender a reconocer y respetar dichos derechos son: derecho a la vida, derecho a tener una salud fetal controlada, derecho a ser amado y respetado como una persona desde el momento de su concepción, derecho a una familia, derecho a una nutrición adecuada, derecho a no ser maltratado, derecho a un embarazo normal libre de enfermedades previsible, derecho a un parto normal centrado en la familia, derecho a no ser manipulado desde un punto de vista genético, derecho a no ser usado su cuerpo con fines de investigación y derecho a una identidad.

Según Mercau (2005), los tratos negligentes que originan un maltrato de este tipo, pueden ser producidos por la propia mujer gestante, por parte del ámbito sanitario o terceras personas, siendo algunos actos más graves que otros provocando consecuencias en el feto en distintos niveles dichos actos son los siguientes (ver Tabla 8).

Tabla 8**Actos negligentes que causan maltrato prenatal**

Tipo de acto	Descripción
Rechazo del embarazo	La madre rechaza a su feto, incluso puede intentar abortar.
Indiferencia del embarazo	La madre actúa como si no estuviera embarazada. Niega su embarazo.
Falta de control médico	Cuando la madre ha realizado durante todo el embarazo menos de cinco controles prenatales.
Falta de una adecuada preocupación por la lactancia	No existe una educación respecto a la lactancia.
Negligencia personal en la higiene de la embarazada	La madre no cuida su aseo personal, teniendo los medios para hacerlo.
Negligencia personal en la alimentación de la embarazada	La madre no tiene una alimentación adecuada y equilibrada, disponiendo de una indicación nutricional y médica, así como teniendo los medios para la misma.
Exceso de trabajo corporal	La madre realiza tareas impropias de su estado. Jornadas de trabajo prolongadas.
Automedicación	La madre ingiere medicamentos desconociendo si puede afectar o no al feto.
Medicaciones excesivas	La embarazada recibe por indicación médica medicamentos de forma excesiva. Mala praxis.
Medicaciones inadecuadas	Proceder inadecuado por prescribir un medicamento no autorizado.
Realización de exámenes invasivos innecesarios	Exámenes realizados sin tener necesidad clínica real que los justifique y pongan en riesgo al feto.
Exposición a radiaciones	La embarazada está sometida a prácticas que impliquen recibir radiaciones.
Presencia de enfermedades previsibles	Por una falta de prevención y control de enfermedades transmisibles que causan en el feto malformaciones o infecciones graves.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas	La ingesta de estos provocará en la mayoría de los casos daños al feto.
Condiciones sociales de hábitat	Lugares donde faltan las condiciones mínimas de habitabilidad necesarias para el desarrollo de un embarazo.
Prostitución o promiscuidad	Dificultan el vínculo madre-feto
Embarazo producto de violación	Conduce a un vínculo deteriorado desde el momento de la concepción.
Intento de aborto	La realización de maniobras abortivas que puedan determinar la expulsión del feto.

Existe la teoría de la programación fetal de Barcker (1997) que define que el desarrollo durante la época fetal determinará el estado de salud a lo largo de toda la vida del individuo, basándose en que durante periodos críticos del desarrollo del embrión o feto, sin nutrientes adecuados y con exposición a sustancias perjudiciales como tabaco, drogas o alcohol se puede alterar su desarrollo normal para sobrevivir originando daños permanentes en los órganos del feto incrementando el riesgo de contraer enfermedades más adelante por lo que el efecto de la programación fetal a corto plazo permite la supervivencia del feto y a largo plazo predispone a enfermedades en la vida adulta. Por lo tanto, en muchas ocasiones las consecuencias del maltrato prenatal pasan desapercibidos ya que estas se ven hasta el nacimiento del bebé (Francés, 2011).

De acuerdo a Casión, Pros, De Mur, Gómez, Lahoz, Marco y Mas (2007), existen diferentes niveles de gravedad de maltrato prenatal los cuales presentan diversos niveles de intensidad y frecuencia, los cuales se clasifican en: *leve* que son las conductas de negligencia o desatención durante la gestación, no son muy frecuentes y su intensidad es leve. El feto no presenta secuelas negativas de estas conductas. El otro es el nivel *moderado* en el cual las conductas de negligencia en los cuidados de la madre son frecuentes y generalizadas, por un lado puede existir una falta de atención a las necesidades de gestación pero por otro lado hay aspectos positivos y no una actitud deliberada de dañar al feto las consecuencias de este nivel pueden graves aunque muchas veces no se llegan a apreciar en el

niño(a) y por último el nivel *severo* donde hay conductas constantes de negligencia en los cuidados de gestación con una intensidad elevada, el feto presenta un daño y su desarrollo está seriamente comprometido necesitando atención o tratamiento especial.

Los niveles antes descritos dependen de las consecuencias que se produzcan al feto, de la seriedad de los daños de la conducta negligente al feto, del periodo de gestación en que se encuentra la madre, entre otros las cuales determinarán la afectación del futuro bebé.

Las consecuencias del maltrato prenatal pueden ser varias; se habla de una consecuencia de *bebés prematuros* cuando hay un consumo de tabaco, drogas, alcohol, condiciones de hábitat, embarazos no controlados y rechazados y exceso de trabajo corporal lo que provocará condiciones de inhabilitabilidad fetal que determinarían el parto prematuro. Otro es el *sufrimiento fetal* por el consumo de tabaco y drogas que es un mecanismo que provoca hipoxia (ausencia de oxígeno en los tejidos) e hipercapnia (enfermedad pulmonar) también se habla de un *retardo de crecimiento intrauterino* por el consumo de tabaco, drogas o una nutrición inadecuada que provoca bajo peso al recién nacido. Al igual, están las *malformaciones fetales* por el uso de radiaciones, enfermedades previsibles, drogas y alcohol que llevan a una falla completa o parcial de estructuras, alteraciones morfológicas en el feto. La *sepsis neonatal* es otra consecuencia provocada por las enfermedades previsibles e infecciones adquiridas por la madre que provocan infección en la sangre del recién nacido. El *síndrome de abstinencia* por el uso de drogas provocará en el feto una abstinencia a las sustancias psicoactivas. Estarán las consecuencias enfocadas en el área cerebral como el *desarrollo cerebral comprometido* que dificulta el desarrollo cerebral, la *disfunción motora* que provoca alteraciones en el aparato motor que afecta el sistema óseo, articulaciones, nervios y músculos, al igual, está la *dificultad de aprendizaje* que altera la adquisición de habilidades y conocimientos en el bebé, entre otros (Mercau, 2005; Fajardo y Olivas 2010; Ramos et al., 2009).

Para terminar, la problemática del maltrato prenatal en el desarrollo infantil se ha hecho más evidente en los últimos años, por lo que el maltrato a los menores

ya sea físico o verbal se volvió un problema de salud pública que afecta a todos los niños y niñas de todas las edades causando daño en su desarrollo integral en su salud física y mental, poniendo en riesgo su vida. Por tanto, el maltrato prenatal es un tipo de agravio poco visible ante las personas no solo por su difícil forma de identificar, sino por la connotación social (Calle, Rincón y Marín, 2019).

CAPÍTULO 4. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Preguntas de investigación

General

¿Cuáles son los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente?

Específicas

1. ¿Cómo es la percepción de las adolescentes, sobre su experiencia con el embarazo?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo en adolescentes embarazadas que podrían generar un maltrato prenatal o evitarlo?
3. ¿Cuáles son los factores de protección que identifican las adolescentes embarazadas que podrían evitar un maltrato prenatal?
4. ¿Cuáles son los temas que podrían incluirse en un taller psicoeducativo para prevenir y/o apoyar a adolescentes embarazadas o en riesgo de embarazo?

Supuestos

- Existen factores de riesgo, mismos que las adolescentes no identifican, que pueden propiciar maltrato prenatal.
- Existen factores de protección que son identificados por las adolescentes en su proceso de embarazo.
- Para que un taller psicoeducativo favorezca los factores de protección es importante que contemple las experiencias de las adolescentes en su diseño.

Objetivos

General

Analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente.

Específicos

1. Describir la perspectiva de las adolescentes sobre su propia experiencia con el embarazo.
2. Identificar los factores de riesgo y protección que puedan generar maltrato prenatal o evitarlo, desde la perspectiva de adolescentes embarazadas o con experiencia reciente de un embarazo.
3. Diseñar un taller psicoeducativo referente al embarazo adolescente y el maltrato prenatal.

CAPÍTULO 5. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La psicología es considerada una ciencia empírica y discursivo-interpretativa al mismo tiempo, lo que implica un saber hacer y un saber en relación con el conocimiento disciplinar desde una producción de ideas o constructos, modelos teóricos, procesos de innovación, en definitiva, evidencia teórica y empírica que contribuyan a una mejor comprensión de la realidad y facilite la detección, prevención y resolución de problemas concretos. Por tanto, está vinculada a la realidad, al campo de conocimiento disciplinar, al contexto cultural, social y político en que se desarrolla (Behar, 2008).

El presente trabajo de investigación se realizó bajo una metodología cualitativa a través de la cual se estudia la realidad en su contexto natural, sin modificación alguna, es decir tal y como sucede dicha realidad, buscando construir un sentido o interpretación al fenómeno o situación, basándose en significados, vivencias, representaciones o expresiones de las personas o colectivos. En este tipo de investigación se utilizan entrevistas, narrativas de experiencias personales, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, audios, entre otros, (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Se hizo un estudio descriptivo en el cual se analiza cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes, en este caso, se trata del embarazo adolescente y el maltrato prenatal; además, permite detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la observación, reflexión y valoración de algunos de sus elementos.

Se trabajó bajo los postulados de la investigación denominada teoría fundamentada o muestreo teórico. La teoría fundamentada ofrece una manera de representar la realidad que arroje luz o un entendimiento sobre lo estudiado. Se utiliza con el objetivo de crear categorías teóricas a partir de los datos y analizar las relaciones relevantes que hay entre ellas. Es decir, a través de los procedimientos analíticos, se construye teoría que está fundamentada en los datos de ahí su nombre. El resultado que se tiene del estudio de esta teoría es la interpretación analítica del mundo de las participantes y de los procesos para construir esos

mundos. Sus criterios para evaluar son cuatro: *ajuste*, que encaje en la experiencia de los participantes, *funcionamiento*, que explique la mayor variedad posible, *relevancia al fenómeno en estudio* y, por último, *la posibilidad de modificarse la propia teoría*, es decir que se acomode a los nuevos hallazgos (De la Cuesta, 2006).

Por tanto, para la teoría fundamentada se necesita que el investigador tenga un referente idóneo sobre el objeto de estudio, es decir, lo haya investigado bajo otra problemática o situación contextual. Que las categorías de los datos, vayan tomando un significado frente a los objetivos de la investigación. De este modo, la comparación entre categorías va permitiendo evidenciar la relación que hay entre ellas y es desde esa relación emergente, la tendencia teórica que explica el fenómeno estudiado (Padilla, Vega y Rincón, 2014).

La investigación se desarrolló por fases, las cuales se describen a continuación:

- **Primera fase: Diagnóstico**

Entrevistas estructuradas a adolescentes embarazadas. Contexto: Hospital Civil de Morelia Michoacán y Colegio de Bachilleres Plantel Tarímbaro, lo anterior, con el objetivo de acercarse al fenómeno del embarazo desde las experiencias y perspectivas de las participantes.

- **Segunda Fase: Análisis de información y rediseño de estrategia por las condiciones derivadas de la pandemia del COVID-19**

De acuerdo con los resultados de la primera fase diagnóstica y a la información obtenida en las entrevistas, se hizo énfasis en los factores de riesgo y protección que presentaron durante su proceso de embarazo las adolescentes. Al mismo tiempo, se puso mayor atención en conocer si se presentaban o no características que pudieran estar relacionadas a un maltrato prenatal en la vida de las adolescentes y durante su proceso de embarazo. Además, se tomó la decisión de reorganizar el proyecto, diseñando un cuestionario en línea que permitiera recabar más información y la participación de más adolescentes.

- **Tercera fase: Valoración, análisis y reflexión**

Se llevó a cabo la recopilación de información de la segunda fase, valorando los resultados y organizando dicha información por categorías en el programa Atlas.ti. y su triangulación con la teoría, lo que permitió, valorar la pertinencia de los temas analizando e identificando los factores de riesgo y protección que podrían propiciar un maltrato prenatal.

- **Cuarta fase: Diseño de taller**

Gracias al trabajo de las fases anteriores y a los resultados obtenidos mediante el programa Atlas.ti se diseñó un taller psicoeducativo.



Participantes y método de muestreo

En la presente investigación se trabajó con un método de muestreo conocido como no probabilístico, en el cual, la selección de las participantes depende de las características que se establecieron en términos de la edad y condición de las adolescentes, atendiendo a lo que señala Bijarro (2008). Al usar este tipo de muestreo, se optó por una selección de participantes por conveniencia o intencionado, el cual, se refiere a la selección muestral de acuerdo a lo establecido y a los intereses de las adolescentes, lo que permitió seleccionar aquellos casos que aceptaron participar en la investigación (Otzen y Manterola, 2017).

Las participantes de la investigación fueron quince adolescentes, sólo una de las participantes salió del rango de edad (24 años), pero se incluyó su información dado su interés en el tema y su relación con una mujer adolescente. La mayoría se

encontraban embarazadas o eran madres adolescentes, de las cuales tres respondieron el cuestionario que se realizó y difundió en un formulario de Google. Tres participantes que estaban en el Hospital Civil de Morelia formaron parte del piloteo de la entrevista; nueve participaron en las entrevistas, dos eran del Colegio de Bachilleres Plantel Tarímbaro y siete del Hospital Civil. El rango de edad de las participantes, fue de 15 a los 20 años. En cuanto al estado civil, siete están en unión libre, seis solteras y dos casadas; en escolaridad se sabe que siete tienen secundaria incompleta, una participante cuenta con licenciatura incompleta, una más preparatoria incompleta y seis con secundaria o bachillerato en curso.

Criterios de inclusión

- Adolescentes con edades menores a 21 años que se encuentren embarazadas.
- Adolescentes menores de 21 años que les interese conocer más sobre el embarazo en la adolescencia.

Criterio de exclusión

- Adolescentes que tengan un embarazo de alto riesgo.

Técnicas de recolección de la información: entrevista semiestructurada y cuestionarios

Entrevista semiestructurada

La entrevista, se refiere al intercambio verbal e interacción social entre dos personas de manera privada y cordial sobre un tema o problema en específico, dicha técnica ayudará a reunir datos a través de seis elementos: un emisor (el que habla), un destinatario (aquel con quien se habla), un referente, un código, un medio de transmisión y un mensaje (Galindo, 1998); al ser una entrevista semi estructurada, se habla del conjunto de preguntas que ya están establecidas desde un principio, pero que en un momento dado pueden ajustarse a los entrevistados, es decir, este tipo de entrevista se adapta al sujeto (entrevistado) y al momento en el cual se diseñará la entrevista (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013). Y al hablar

de semi estructurado, se refiere al tipo de entrevistas que tienen mayor flexibilidad, ya que contienen preguntas que se pueden ir adaptando a las respuestas de los participantes (Troncoso y Amaya, 2017).

La ventaja esencial de la entrevista es que son los mismos actores sociales quienes proporcionan la información relacionada con sus conductas, opiniones, deseos, actitudes y expectativas, aspectos que son casi imposibles de observar desde fuera. Siendo así, que nadie mejor que la misma persona involucrada para hablar acerca de lo que piensa y ha experimentado o proyecta hacer (Husserl, 2013).

En este caso, la entrevista (ver apéndice 1) está estructurada con veinte preguntas abiertas organizadas en cuatro apartados o ejes. El primero se enfoca en conocer información personal de las adolescentes incluyendo aspectos relacionados con embarazos, abortos y partos.

El segundo eje, se enfoca en los factores de protección con los que cuentan las adolescentes, incluyendo la información que manejan sobre embarazo, parto y cuidados, así como autoestima, autoconcepto, relación con familia y pareja.

En el tercer apartado recupera información general sobre el embarazo de las jóvenes, es decir, saber si recibieron atención por parte de su centro de salud, conocer el trato que ahí mismo les dan, tener una percepción de cómo las adolescentes viven y perciben su embarazo y por ende sus proyectos de vida al nacer el o la bebé.

Por último, están los datos sobre factores de riesgo que ayudan a comprender los problemas emocionales, familiares, de pareja y en el embarazo por los que estaban viviendo las jóvenes mismas que perjudican su proceso de embarazo ya sea una mala relación con la pareja y familia, el no contar con ningún tipo de información sobre los cuidados en el embarazo, que la familia, pareja o personal de salud agrede física o verbalmente a las jóvenes o que ellas mismas hayan propiciado alguna acción que perjudique su embarazo.

Cuestionario

El cuestionario, es un procedimiento clásico en las ciencias sociales para obtener y registrar datos, se puede usar como instrumento de investigación, de evaluación de personas, procesos y programas de formación. Su característica principal es registrar información solicitada a los mismos sujetos, ésta tiene lugar de una forma menos profunda e impersonal, pero permite consultar a una población de manera rápida y económica. La principal diferencia con la entrevista es la poca relación directa de los sujetos con la persona que aplica, pero eso no deja de lado que el cuestionario, es muy útil para la recogida de datos, especialmente de aquellos difícilmente accesibles por distancia o dispersión de los sujetos a los que interesa considerar o por dificultad para reunirlos, siendo lo anterior, razones principales de consideración para su uso. Por tanto, la finalidad del cuestionario es obtener, de manera sistemática y ordenada información de la población con la que se quiere trabajar, sobre las variables objeto de la investigación o evaluación (García, 2003).

Las preguntas de un cuestionario pueden ser de tipo cerradas, abiertas o ambas en este caso, se utilizaron los dos tipos. Las primeras, delimitan las opciones de respuesta teniendo como ventaja un menor esfuerzo para las participantes, limitando sus respuestas. Son preguntas fáciles de responder, de clasificar y analizar (Behar, 2008). Y las preguntas cerradas, no obligan a las participantes a elegir entre varias alternativas de respuesta, sino es libre, según la naturaleza de la pregunta y el interés de la persona, las respuestas van a variar en cuanto a la extensión y profundidad (Rincón, 2014).

En este caso, el cuestionario con el que se trabajó, se realizó en la plataforma Google (ver apéndice 2) para asegurar que las participantes respondieran los aspectos esenciales de manera rápida. Se inicia con las instrucciones, una pequeña introducción sobre la investigación y un encuadre sobre el cuestionario para dar paso a los datos personales de las participantes, en este caso, únicamente se pidió nombre, edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, nivel educativo, estado civil y número de embarazos. Después, están en total once preguntas las cuales buscan indagar diversos aspectos de las adolescentes antes, durante y después de su embarazo y aspectos generales de su vida como su infancia, el tipo de relación

que tienen con sus progenitores y familia en general, saber cuál es su autopercepción y auto imagen, indagar en los aspectos generales de su embarazo como los cuidados que tuvieron o no durante el mismo en aspectos de cuidados como acudir a sus citas prenatales, el trato que se les dio durante su embarazo por parte de la familia, pareja y personal de las instituciones de salud, conocer si hay una repetición de patrones de embarazo en su familia o amistades y saber cómo se visualizan siendo madres. Para concluir el cuestionario se optó por poner un apartado de comentarios.

Contexto

La presente investigación se realizó en dos contextos, el primero es el Hospital Civil “Dr. Miguel Silva” de la Ciudad de Morelia, Michoacán ubicado en la calle Samuel Ramos s/n, Centro con el código postal 58020. Actualmente el director general es el Dr. Raúl Leal Cantú. El hospital tiene 118 años dando servicios a toda la población michoacana hasta el día de hoy. Los pacientes que acuden a consultas en todas las áreas del hospital, son de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo.

El Hospital Civil tiene las siguientes áreas y módulos, por nombrar algunos:

- Tres cajas de pago las 24 horas, los 365 días del año.
- Un módulo de afiliación y orientación con los siguientes días y horarios de atención: Lunes a Viernes de 8:00am - 20:30pm y Sábados y Domingos de 8:00 am – 20:00 pm.
- Cuenta con tres subdirectores de acuerdo al turno correspondiente: Vespertino el Dr. Eugenio Castillo H. / Matutino no hay director/ Nocturno A el Dr. Víctor Corona A. y Nocturno B el Dr. Alejandro C. Hernández.
- Tiene un módulo de apertura de expediente con un horario de 8:00 am – 21:00 pm de Lunes a Domingo.
- Tiene un área de urgencias obstétricas y urgencia general las 24 horas los 365 días del año.
- Tiene un área de jefatura de consulta externa.

- Hay un módulo de atención al usuario sistema unificado de gestión con un horario de 11:00 am a 12:00 pm y de 16:00 pm a 18:00 pm de lunes a domingo.
- Cuenta con un buzón de quejas.
- Se encuentra un área de fotocopias.
- El hospital cuenta con los siguientes números de atención telefónica: 01 800 837 48 49 (aspectos generales de cualquier área) y 01 800 62 83 762 (urgencias obstétricas) las 24 horas, los 365 días del año.

El segundo contexto de la investigación, fue el Colegio de Bachilleres Plantel Tarímbaro la información que a continuación se presenta fue obtenida del Informe Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente Michoacán 2018 y de la Reseña Histórica de la página de Transparencia y acceso a la información Pública del Poder Ejecutivo del Estado.

En 1975 el gobierno Federal a través de la Secretaría de Educación Pública (SEP) inició acciones con los Gobiernos de los Estados de la República para extender la educación media superior para todos los mexicanos para impulsar, impartir y certificar la educación en sus características propedéutica y terminal. En el año 1993 se autoriza abrir 4 planteles entre los cuales está el Plantel Tarímbaro. El Colegio de Bachilleres en Michoacán tiene por objeto en la esfera de competencia estatal, ofrecer y certificar educación del nivel media superior en sus diferentes modalidades: escolarizada, no escolarizada y virtual, teniendo como propósito proporcionar a los estudiantes los elementos conceptuales y metodológicos que les ayuden a definir y consolidar su formación en la vida adulta.

El director general del COBAEM actualmente es Alejandro Bustos Aguilar y el Director de Planeación Educativa J. Jesús Vega Covarrubias. El Colegio de Bachilleres Plantel Tarímbaro es de control público y sub control Estatal con ámbito urbano con turno matutino y un servicio de bachillerato general de 3 años. Su clave cct es 16ECB004oT en la entidad de Michoacán, municipio Tarímbaro en la colonia Barrio de la Cruz en el km 8.6 de la carretera Morelia-Salamanca con código postal de 58880.

En el 2018 se registró una matrícula de 41, 518 alumnos atendidos en unos mil 172 grupos que representa el 72.6% de cobertura en 118 poblaciones de 82 municipios. Se implementaron en sus 129 centros de trabajo programas importantes referentes a la construcción de su proyecto de vida académico y profesional con 41, 518 alumnos (semestre 2018-1), 58% mujeres y 42% hombres.

El Colegio de Bachilleres (COBAEM) a través del Programa de estudios de orientación Educativa en segundo semestre aborda temas de sexualidad y prevención del embarazo, además de pláticas de motivación personal a docente para que participe en capacitar sobre Educación Integral en Sexualidad. El COBAEM cuenta con la asignatura “La Sexualidad Humana” en segundo semestre desde un enfoque biopsicosocial abordando temas de prevención de embarazos adolescentes, materia que se impartió a 41, 518 alumnos en el 2018.

Procedimiento de ingreso al campo

Hospital Civil de Morelia

1. Un ingreso al Hospital Civil de Morelia, gracias al contacto que se tuvo con la encargada de psicología (Lic. E).
2. Una plática con la Lic. E sobre la investigación y lo que se pretendía hacer.
3. Se realizó y envió al correo de E. un protocolo sobre los puntos más importantes de la investigación.
4. Se realizó un piloteo de las guías de entrevistas a las adolescentes embarazadas y que acababan de dar a luz en el Hospital Civil.
5. Se platicó con E. sobre el resultado del pilotaje de las guías de entrevista, mostrando la transcripción de las mismas y la categorización para la reducción de datos y así obtener la entrevista final.
6. Se rediseñó la guía a partir de la identificación de dificultades para obtener información, en aquellas preguntas poco claras o repetitivas.
7. Se llegó a un acuerdo institucional de fechas para la realización de entrevistas y presentación de resultados e impartición del taller.

COBAEM Plantel Tarímbaro

1. Comunicación con la Institución para agendar cita con la Lic. R (encargada del Departamento de Psicología).
2. Exposición del proyecto de investigación, los objetivos del mismo y de la realización de entrevistas a las estudiantes embarazadas.
3. Se envió al correo personal de la Lic. R un protocolo donde se explica las actividades, tiempos, días y objetivos de la entrevista, así como del machote de la misma.
4. Se realizaron entrevistas a las estudiantes embarazadas y una vez terminadas, se platicó con la Lic. R sobre la opción de impartir talleres referentes al mismo tema y la presentación de resultados.

Se habló sobre la situación del COVID y lo que atrasaría la impartición del taller en ambas instituciones.

Consideraciones éticas

Es importante cuidar el aspecto del investigador dentro del Hospital Civil en su vestimenta (bata blanca) principalmente, para crear un ambiente de confianza entre la participante y el investigador, al igual, se debe siempre ir identificado con la credencial de la institución procedente esto último tanto en el Hospital como en el Colegio de Bachilleres. Es primordial cuidar la forma en cómo el investigador se dirige a las participantes teniendo en cuenta siempre el respeto y la empatía. Se solicitó que las participantes antes de las entrevistas leyeran y firmaran el consentimiento informado en donde se explica de manera breve y sencilla en qué consiste el proyecto (ver apéndices).

Se debe tener la total autorización en cada visita al Hospital y al Colegio, acatando el reglamento de los mismos, teniendo el respeto y manteniendo la confidencialidad en los datos personales obtenidos de las participantes, información que se utiliza únicamente para fines de la presente investigación.

Al finalizar el trabajo de investigación se tiene el compromiso con las participantes del cuestionario y con ambas Instituciones de entregar y presentar un

informe final sobre lo que arrojó el análisis de la investigación, así como algunas conclusiones y recomendaciones que sean de utilidad enfocadas al tema del embarazo en las adolescentes y el maltrato prenatal e impartiendo algunos talleres de la misma temática a alumnas de segundo y tercer semestre del Colegio de Bachilleres.

Método de análisis de información

Para el análisis e interpretación de la información, se plantearon diferentes códigos (categorías) a priori atendiendo a los temas principales de la investigación: embarazo adolescente, factores de riesgo, factores de protección y maltrato prenatal y de la literatura. En cada familia de códigos (categorías) se crearon subcódigos (subcategorías) respondiendo a indicadores aportados por las distintas participantes lo cual hizo que surgieran códigos a posteriori permitiendo resumir el cúmulo de información al eliminar aquellos códigos (categorías) que no se presentaban al momento de la transcripción de las entrevistas o de manera contraria, incluyendo códigos (categorías) que fueran surgiendo al momento de las mismas transcripciones.

La información obtenida en la presente investigación se trabaja a partir de la técnica de análisis de contenido partiendo principalmente de las definiciones de Berelson (1984) y Krippendorff (1980) plasmadas en la investigación de Tinto (2013). A decir de Berelson, se define como una técnica de investigación para la descripción objetiva y sistemática que puede ser utilizada en el análisis cualitativo de variables o en el estudio de un fenómeno por otro lado, Krippendorff menciona que este tipo de análisis está considerado como una de las metodologías más importantes de la investigación sobre comunicación, con el objetivo de estudiar de manera rigurosa y sistemática la naturaleza de diferentes mensajes que se intercambian a través de la comunicación que realizamos.

Habrán más autores que definan el análisis de contenido como López (2002) quien describe que esta técnica analiza los documentos más no el estilo del texto, se centra en las ideas expresadas intentando cuantificar el significado de las palabras, temas o frases.

Gomes y Ribeiro (2009) expresan que para crear inferencias en el análisis de contenido, se debe principalmente, producir conocimientos subyacentes a determinados mensajes, y también vincularlos a un cuadro de marcos teóricos. Es una técnica que utiliza los símbolos y el lenguaje, ofreciendo objetivos e inferencias válidas a partir de los diversos tipos de datos obtenidos con la finalidad de demostrar fenómenos específicos.

Tinto (2013) explica que el análisis de contenido se considera como una de las metodologías más importantes en cuanto a investigación sobre comunicación, con un objetivo centrado en estudiar la naturaleza de los diferentes mensajes que se intercambian en los actos de comunicación que realizamos. De modo más simple, es un tipo de medición de carácter científico aplicado a un mensaje, en el marco de propósitos del ámbito de las ciencias sociales. Este tipo de técnica cuenta con los siguientes elementos:

- 1) Permite la utilización de material no estructurado. Parte de la información no estructurada que es posteriormente codificada por medio de unidades de análisis generadas por el investigador.
- 2) Se obtiene información sin existir una intervención del investigador que condicione o influya en la recogida de información del sujeto.
- 3) Es una técnica sensible al contexto, parte del mismo para identificar la información.
- 4) Permite utilizar programas informáticos para facilitar la labor de recogida de la información y posterior su análisis.

La información obtenida, se procesa con el programa informático Atlas.ti, especializado en el análisis cualitativo para extraer, categorizar e inter-vincular segmentos de datos, ayudando a descubrir patrones (Muñoz y Sahagún, 2017).

CAPÍTULO 6. HALLAZGOS

Esta investigación tuvo como propósito analizar los factores de riesgo y protección que están relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres que han tenido una experiencia reciente de embarazo. Para llevar a cabo la fase de resultados, se analizaron las entrevistas de las participantes y los cuestionarios de la plataforma de Google, las participantes en este último tienen las siguientes características (ver Tabla 9):

Tabla 9

Datos sociodemográficos de las participantes del cuestionario Google

Folio	Participantes	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Lugar de nacimiento	No. embarazos	Método de recolección de datos
1	D.P	18 años	Soltera	Secundaria incompleta	Toluca	1	Cuestionario Google
2	N.P	19 años	Soltera	Secundaria incompleta	Estado de México	1	Cuestionario Google
3	A.G	24 años	Casada	Licenciatura incompleta	Zitácuaro	1	Cuestionario Google

En el primer apartado o eje de la entrevista, se pudo conocer cuáles eran las edades más comunes de embarazos dentro del rango establecido en la investigación, el estado civil y los lugares de nacimiento de las jóvenes para tener un referente de dónde hay mayor incidencia de embarazos adolescentes dentro de Michoacán y por último se indaga en el número de embarazos e hijos por parte de las adolescentes. Lo anterior, ayudó a tener una idea más clara y específica del tema del embarazo adolescente en algunas de las jóvenes con quienes se piloteó la entrevista (ver Tabla 10) y con las que se realizó la entrevista (ver Tabla 11).

Tabla 10*Datos sociodemográficos de las participantes del piloteo de entrevista (P.E)*

Folio	Participantes	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Lugar de nacimiento	No. embarazos	No. hijos(as)	Método de recolección de datos
1	S.R.T	15 años	Unión libre	Secundaria incompleta	Morelia	1	1	P.E
2	N.P.R	20 años	Soltera	Secundaria incompleta	Morelia	3	3	P.E
3	B.Y.O	16 años	Soltera	Preparatoria incompleta	Huetamo	1	1	P.E

Para el piloteo de la guía de entrevista se contó con la participación de tres adolescentes lo cual fue de gran utilidad para la realización del formato de la entrevista final. Se puede apreciar que dos de estas jóvenes son de la ciudad de Morelia y una de Huetamo, Michoacán con edades de 15 a 20 años, con escolaridades de secundaria y preparatoria incompleta lo que puede relacionarse con la falta de oportunidades para seguir estudiando al tener que desempeñar un papel de madre, enfocándose en las labores que eso conlleva.

Tabla 11*Datos sociodemográficos de las participantes de la entrevista (E)*

Folio	Participantes	Edad	Estado civil	Escolaridad	Lugar de nacimiento	No. embarazos	No. hijos(as)	Método de recolección de datos
1	A.C.A	19 años	Unión libre	Secundaria incompleta	Morelia	3	3	E
2	C.V.G	17 años	Unión libre	Secundaria incompleta	Morelia	1	1	E
3	N.O.M	20 años	Unión libre	Bachillerato en curso	Morelia	1	1	E
4	D.R.D	20 años	Unión libre	Secundaria en curso	Morelia	2	2	E

5	F	18 años	Casada	Secundaria en curso	Morelia	1	1	E
6	M.A.L	21 años	Unión libre	Secundaria incompleta	Morelia	2	2	E
7	O	17 años	Unión libre	Bachillerato en curso	Morelia	1	1	E
8	D.P	18 años	Soltera	Secundaria en curso	Estado de México	2	2	E
9	N.P	19 años	Soltera	Secundaria en curso	Estado de México	2	2	E

En el caso de las participantes de la entrevista son nueve mujeres con edades de diecisiete a veintiuno años. En lo relacionado a su estado civil, seis de ellas están en unión libre, dos solteras y una casada. En lo referente al nivel educativo, dos de ellas no terminaron sus estudios de secundaria, lo cual, de acuerdo con la información obtenida de las entrevistas, está relacionado con el nuevo rol materno que deben desempeñar estas jóvenes. Actualmente el resto de las participantes no se sabe si terminaron sus estudios, ya que, al momento de las entrevistas seguían estudiando y se perdió el contacto con ellas por ser en su mayoría alumnas del último grado de bachillerato. Por último, siete de las participantes son de Morelia y dos nacieron en el Estado de México quienes habían indicado que ya tienen la mayor parte de su vida viviendo en Morelia.

Es interesante observar de acuerdo a la Tabla 2 que las jóvenes llegan a tener de tres a un hijo(a) existiendo una variación en las edades, es decir, no existe una edad determinada para el número de embarazos e hijos (as).

Algo que se puede apreciar entre las participantes de la guía y la entrevista es que siete de ellas viven en unión libre y las otras cuatro están solteras y una solamente casada. Al igual, se puede ver que solo dos adolescentes en edades de diecinueve y veinte años tienen más de dos hijos(as). Por último, la participante de edad más pequeña tiene quince años y la más grande veinticuatro.

Siguiendo con los apartados de la entrevista también se buscó saber cuáles eran los factores de protección con los que contaban las adolescentes al momento del proceso de embarazo, conocer más sobre su infancia y por ende en la relación

que en su momento y actualmente tienen con sus papás, al igual, el eje ayudó para saber con quién de su familia las adolescentes tienen mejor relación y confianza para hablar de temas personales y para darnos cuenta de las acciones que las jóvenes llevaron a cabo para cuidar de su embarazo.

En el tercer apartado se conocieron las experiencias de cada participante sobre su proceso de embarazo en lo relacionado a su salud física y mental, fue importante porque ayudó a saber si contaban o no con el apoyo y la comunicación por parte de su familia y su pareja, al igual, para conocer cómo se perciben ellas mismas durante su proceso de embarazo (autoestima y auto concepto) y los múltiples cambios biopsicosociales que lleva consigo el embarazo.

Por último, en lo relacionado a factores de riesgo, se pudo saber si las adolescentes estaban repitiendo algún patrón de embarazo a temprana edad por alguien de su familia ya sea mamá o hermana, principalmente. En este último apartado también se buscó saber si las adolescentes conocen sobre los temas de sexualidad y métodos anticonceptivos y conocer si habían vivido algún tipo de maltrato durante su embarazo ya sea por su pareja, familia, personal del centro de salud o por ellas mismas.

A causa de la contingencia del COVID, se optó por hacer un cuestionario de Google, debido a que facilita y agiliza la participación de las adolescentes en la investigación, debido a que este tipo de instrumentos son más breves y específicos.

Por consiguiente, los datos obtenidos de las entrevistas y los cuestionarios se analizaron mediante el software Atlas. ti versión 8 haciendo una división de su análisis en la codificación y las categorías, en las tablas de co-ocurrencias, en las redes semánticas y en análisis de las citas textuales dadas por las participantes, las cuales, se dividieron en seis temas siendo estos los más representativos, lo anterior se describe a continuación.

Codificación y categorías

Para este apartado de la investigación, se utilizó el análisis de contenido como punto de partida para hacer una interpretación de las transcripciones de las

entrevistas que se realizaron a las adolescentes. El análisis de contenido también analiza textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados y otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, discursos, protocolos de observación, documentos, videos, entre otros. El denominador de estos materiales es su capacidad para albergar conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social. Lo característico del análisis de contenido y que lo distingue de otras técnicas de investigación sociológica, es que se trata de una técnica que combina intrínsecamente, y de ahí su complejidad, la observación y producción de los datos, y la interpretación o análisis de los datos (Andréu, 2001).

Para la etapa de codificación, se llevó a cabo en un primer momento el pilotaje de la guía de entrevista que se creó gracias a lo obtenido en la literatura quedando dos ejes; uno de información sobre factores de riesgo y otro de factores de protección durante el embarazo adolescente, ambos con cuatro categorías y cuatro sub categorías a priori. Una vez analizadas las guías de entrevista nos percatamos de que había categorías y subcategorías que no eran nombradas por las participantes por lo cual se optó por realizar un nuevo formato de entrevista tomando en cuenta la nueva información que fue dada por las participantes y eliminando aquellas categorías y subcategorías que no eran necesarias, creando así, categorías y subcategorías a posteriori lo que dio como resultado el formato de la entrevista final de la investigación quedando nueve categorías (familias de códigos para Atlas. ti) y treinta subcategorías (códigos para Atlas. ti) las cuales, se definieron a partir de la revisión de la literatura y de las respuestas de las entrevistas y cuestionarios de las adolescentes, lo cual, se puede apreciar a continuación. Para concluir, las categorías y sub categorías arrojaron un total de doscientas veintidós citas. Lo anterior se analizó con el programa Atlas. Ti versión 8.

La primera categoría (familia de códigos) es la **infancia** la cual se define como la etapa del desarrollo humano caracterizado por la rapidez de sus cambios físicos, psicológicos, entre otros que dan paso a la fase de la adolescencia. Esta, a su vez tiene tres sub categorías (códigos) una es *vivencias en la infancia* definida como los recuerdos y relatos que se tienen de la niñez, un segundo, *relación progenitores-hijas* que son los hechos relevantes que describen la forma de

interactuar entre los progenitores y sus hijas y *duelo y pérdida* que se refieren a los procesos relacionados a la adaptación emocional a cualquier pérdida o situación.

Una segunda categoría es **autoestima de la adolescente** que son las percepciones, sentimientos y pensamientos que tiene una persona de sí misma. Sus sub categorías son *baja autoestima* y *alta autoestima*, la primera, se refiere a las percepciones, sentimientos y pensamientos negativos que tiene una persona de sí misma y la segunda, es lo mismo, pero de forma positiva.

La tercera es **entorno familiar positivo** que son las situaciones o hechos positivos que experimentan las personas en el ámbito familiar, este tiene cuatro sub categorías; *comunicación familiar* que es la relación e interacción positiva que existe entre los miembros de una familia, *apoyo familiar* que es el respaldo entre los miembros de una familia, *hogar sin violencia* que es la oposición a cualquier acto violento y a un respeto entre los miembros de la familia y la *experiencia positiva del embarazo* que se refiere a las vivencias positivas que se relacionen con el buen proceso de embarazo.

La cuarta, son las **condiciones de salud de la adolescente** que se definió como el estado de salud física y emocional de las adolescentes. Tiene dos sub categorías: *poca atención a la salud de la madre* que es el descuido de la salud emocional y física de las madres adolescentes y *buena salud en el embarazo* que se refiere a tener una salud positiva antes y durante el embarazo.

La quinta categoría es **relación de pareja** que es la descripción de los hechos que se dan entre las parejas, tiene cuatro sub categorías una primera es *relaciones sexuales sin protección* que se define como tener relaciones sexuales sin ningún tipo de protección para evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual, *relación nula con pareja* que es cuando no existe ningún tipo de interacción con la pareja, una tercera que es *relación poco estable con pareja* que se refiere al poco equilibrio con la pareja en ideas, sentimientos, pensamientos y emociones y por último *violencia con la pareja* que son los actos que causan daño directamente a la madre y al feto.

La categoría **entorno familiar negativo** es la sexta, que se define como situaciones o hechos negativos que experimentan las personas en el ámbito familiar

teniendo cinco sub categorías: las *adicciones* que es un tipo de comportamiento relacionado con aliviar la parte emocional de una persona. Una segunda es la *repetición de patrón en embarazo adolescente* que es la reproducción o imitación de conductas establecidas como normales en una familia, las cuales ejerce un miembro(s) de la misma otra, es la *poca o nula comunicación familiar* que es la falta de convivencia y acercamiento entre los miembros de la familia, seguido de la *poca relación entre progenitores* que se definió como la falta de convivencia y acercamiento entre los padres de familia y por último la *experiencia negativa del embarazo* que son las vivencias negativas que se relacionen con un mal proceso de embarazo.

El **proyecto de vida** que se refiere a los planes a futuro que tienen las personas en su vida en el ámbito personal, familiar, económico, laboral, entre otros sería la séptima categoría que tiene tres sub categorías: *interrupción de sueños* que es truncar los planes a futuro de las personas, otra es el *abandono de la escuela* que sería dejar los estudios debido a causas económicas, personales y sociales y *planes a futuro* como aquellos hechos que son deseados pero aún no se han llevado a cabo.

La **incidencia institucional** es otra categoría, la cual, se definió como los actos que se producen o no durante el proceso de embarazo de la adolescente por parte de las instituciones. A su vez, cuenta con cinco sub categorías que son *acceso a servicios de salud*, definido como la posibilidad de tener el ingreso a todos los apoyos de salud para la embarazada un segundo que es el *manejo de información sobre embarazo y cuidados que se refiere a comprender toda la información relacionada a los cuidados durante el embarazo*, seguido de la sub categoría *ningún tipo de información durante el embarazo* que es no contar con ningún tipo de información sobre el embarazo, después esta la *percepción y vivencia de maltrato por parte del personal de salud* que son las acciones y hechos que se relaciona con el mal trato del personal de salud a las adolescentes y por último esta la sub categoría *sin acceso a servicios de salud* que es la imposibilidad de tener el ingreso a todos los apoyos de salud para la embarazada.

Y por último, está la categoría **amigos** que es el grupo de pares que conforman el círculo de amistad de las adolescentes. Esta categoría se conforma de dos sub categorías que son *buena relación de amigos* que se refiere a la relación estable entre pares donde existe compañerismo, comunicación y apoyo y *nulo apoyo de amigos* que se definió como ningún tipo de compañerismo, comunicación y apoyo entre pares.

Tablas de co-ocurrencias

En un primer momento, se realizó una tabla de co-ocurrencias (ver Tabla 12) que mostró todos los códigos que co-ocurren en los documentos primarios, dando una tabulación cruzada de los mismos, es decir, se buscó conocer las frecuencias más fuertes de aparición de una familia de códigos con las demás y por ende con sus códigos obteniendo el valor de coeficiente o de medida de la fuerza o intensidad que existía, a lo cual, se creó la siguiente clasificación: débil con una frecuencia de 0-3, moderado de 4-6, fuerte de 7-9 y muy fuerte de 10 o más, esto para facilitar el análisis.

Tabla 12

Relación de códigos con clasificación y frecuencia de acuerdo a las co-ocurrencias

Relación de códigos	Clasificación	Frecuencia
Acceso a servicios de salud con buena salud en el embarazo	Muy fuerte	Diez
Acceso a servicios de salud con manejo de información sobre embarazo y cuidados	Muy fuerte	Diecisiete
Apoyo familiar con comunicación familiar	Muy fuerte	Dieciséis
Poca o nula comunicación familiar con poca relación entre progenitores	Fuerte	Ocho
Poca relación entre progenitores con relación progenitores-hijas	Fuerte	Ocho

Acceso a servicios de salud con experiencia positiva del embarazo	Moderado	Seis
Apoyo familiar con experiencia positiva del embarazo	Moderado	Cinco
Buena salud en el embarazo con manejo de información sobre embarazos y cuidados	Moderado	Seis
Comunicación familiar con experiencia positiva del embarazo	Moderado	Cuatro
Experiencia positiva del embarazo con manejo de información sobre embarazo y cuidados	Moderado	Cuatro

De acuerdo con lo anterior, se observa que existen códigos que presentan frecuencias muy fuertes (diez o más). Con un valor de diez, están los códigos de *acceso a servicios de salud* con el código *buena salud en el embarazo* seguido de una frecuencia de dieciséis con el código *apoyo familiar con comunicación familiar* y por último una frecuencia de diecisiete, siendo este valor el más alto con los códigos *acceso a servicios de salud con manejo de información sobre embarazos y cuidados*. Gracias a lo anterior, encontramos que los códigos tienen una lógica en su correlación es decir, el acceso a los servicios de salud por parte de las jóvenes da como resultado una buena salud en su embarazo al recibir información sobre el mismo y los cuidados que deben tener, y a su vez, el apoyo y la comunicación familiar son factores importantes para que las jóvenes tengan más la confianza y el compromiso de ir a los centros de salud, a diferencia de las adolescentes donde en casa no hay ni apoyo ni comunicación sobre los temas que conlleva un embarazo a temprana edad.

De los códigos que se encuentran en una clasificación “fuerte” de frecuencia (siete a nueve) son *poca o nula comunicación familiar con poca relación entre progenitores* y este último también tiene correlación con el código *relación progenitores-hijas*. Los códigos anteriores con una frecuencia de ocho. Entonces, el que no exista una relación de las adolescentes con alguno de sus progenitores es

un factor de riesgo que afecta la comunicación con los mismos generando una relación nula entre los mismos padres y sus hijas.

En lo relacionado a la clasificación “moderado” se presentaron cinco correlaciones con frecuencias de cinco a cuatro de las cuales *acceso a servicios de salud, apoyo familiar, comunicación familiar y manejo de información sobre embarazo y cuidados* se correlacionaron con el código *experiencia positiva del embarazo*. Lo anterior, muestra la importancia del rol de la familia en el proceso de embarazo de las adolescentes desde el apoyo emocional, la ayuda en el cuidado físico y en la comunicación que debe existir al hablar del tema del embarazo tanto en sus casas como en los centros de salud, lo que facilita que tengan un proceso de embarazo más satisfactorio con la información necesaria y los cuidados que se requieren.

Por último, en la clasificación “débil” se encontró que cinco códigos tienen el mayor número de correlaciones, en total con veinte códigos con puntuaciones de uno a tres. De acuerdo a la Tabla 13, puede apreciarse que los códigos que surgieron son considerados factores de riesgo para las adolescentes en su proceso de embarazo dando, por ende, correlaciones consideradas negativas en su mayoría. Se puede apreciar que el rol de la pareja y la familia en estos casos, es poco estable y hay poca o nula participación de los mismos en la vida de las adolescentes desde su infancia hasta su adolescencia y poca o nula presencia de la familia y su pareja en el proceso de embarazo.

Tabla 13

Códigos y correlaciones con puntajes débiles

Código	Correlación
Experiencia negativa del embarazo	Ningún tipo de información durante el embarazo Poca atención a la salud de la madre Poca o nula comunicación familiar Poca relación entre progenitores Relación nula con pareja
Ningún tipo de información sobre embarazo y cuidados	Nulo apoyo de amigos Poca atención a la salud de la madre

Duelo y pérdida	Poca o nula comunicación familiar Experiencia negativa del embarazo Poco o nula comunicación familiar Vivencias en la infancia
Planes a futuro	Alta autoestima Experiencia positiva del embarazo Relación poco estable con pareja
Relación progenitores-hijas	Adicciones Apoyo familiar Comunicación familiar Experiencia negativa del embarazo Poca o nula comunicación familiar Vivencias en la infancia

Los códigos que presentaron un puntaje de cero, fueron cuatro: *buena relación de amigos, percepción y vivencias de maltrato por parte del personal de salud, relaciones sexuales sin protección y violencia con la pareja*. Lo que muestra que las adolescentes no consideran tener amigos(as) o una buena relación de amistad durante su proceso de embarazo, al igual, no se presentó ninguna correlación con algún tipo de maltrato a las adolescentes por parte del personal médico y por sus parejas, a lo que las participantes remiten no ser maltratadas.

Por último, el hablar de relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos es un tema que no se relacionó con ningún código ya sea por la falta de información del uso de los métodos o por pena de hablar sobre el tema, siendo así que se deben de abordar estos temas con las y los adolescentes para evitar enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados ayudando a que temáticas como estas ya no sean consideradas tabú.

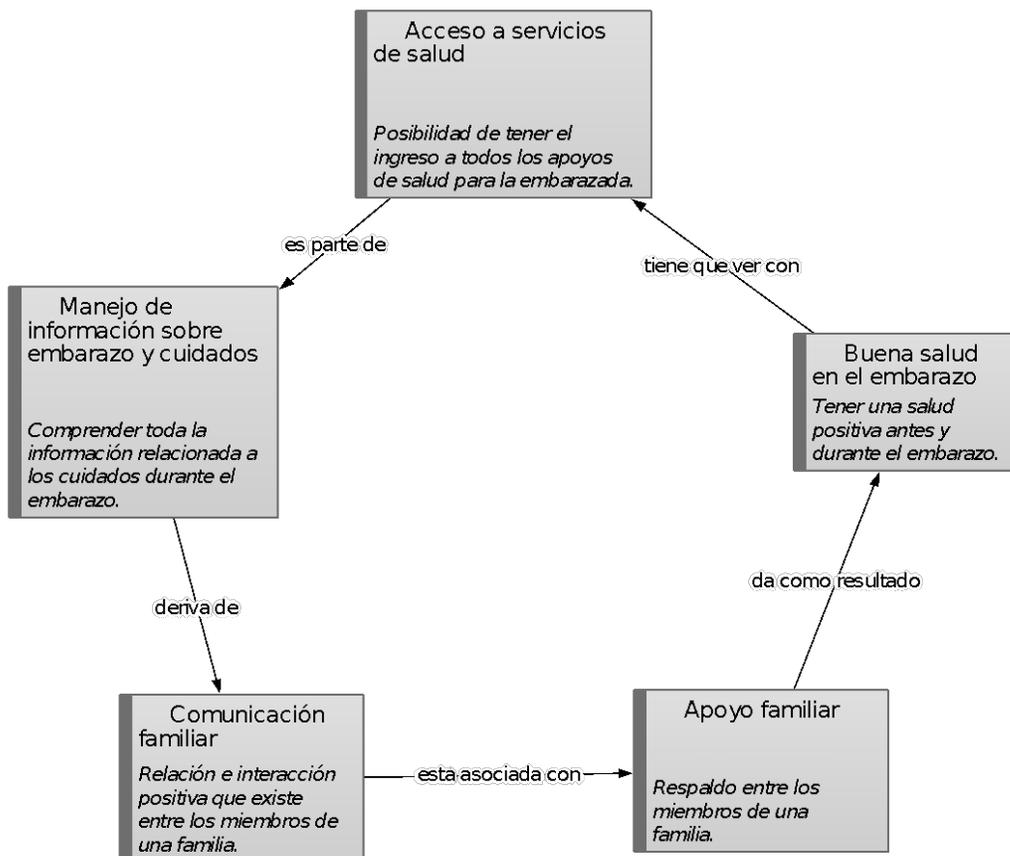
Relaciones semánticas

Se procedió a hacer una representación gráfica de las relaciones semánticas entre códigos y familias permitiendo conocer y clarificar lo que se encontró en la primera parte de co-ocurrencias. La primera red (ver Figura 2) representa la concordancia que hay entre los códigos que tuvieron una correlación “muy fuerte” con puntajes de diez o más teniendo como punto de partida el código *acceso a*

servicios de salud y su relación con el manejo de información sobre embarazo y cuidados, comunicación familiar, apoyo familiar y buena salud en el embarazo.

Se aprecia de acuerdo a la red que el acceso de las adolescentes embarazadas a los servicios de salud es parte importante de que cuenten con la información necesaria respecto a su proceso de embarazo siendo así, que el manejo de esta información no sólo deriva de los profesionales de la salud, sino también, de la comunicación y relación que tenga la joven con su familia, es decir, esta misma puede proporcionar a las jóvenes la información sobre lo que conlleva el cuidado de un embarazo y a su vez, todo se enlaza con el apoyo familiar que se le da a las adolescentes dando como resultado una buena salud física y mental antes y durante su embarazo. Por tanto, la salud general en el embarazo tiene que ver con el acceso a los servicios de salud que tengan las adolescentes.

Figura 2. Red con correlación “muy fuerte”



De acuerdo a la co ocurrencia con un nivel “fuerte” y con frecuencias de siete a nueve está *la poca o nula comunicación familiar con la poca relación entre progenitores y la relación padre y madre* de las adolescentes.

Derivado de lo anterior, se puede resumir que la falta de convivencia y la poca o nula comunicación principalmente entre los miembros de las familias de las adolescentes, se origina o es parte de la falta de relación de las jóvenes con sus progenitores, quienes al tener un rol no tan cercano, ocasionan que no exista una convivencia de ellos mismos con los otros miembros de la familia, dando como resultado una falta de acercamiento o relación entre los mismos, lo que tiene que ver, con la forma de interactuar de cada familia entre los padres y sus hijos(as), lo que desencadena que las jóvenes no tengan la confianza de acercarse a sus padres principalmente para platicar temas relacionados con su embarazo debido a que en casa la comunicación y la falta de relación entre sus miembros es algo poco presente o no existe (ver Figura 3).

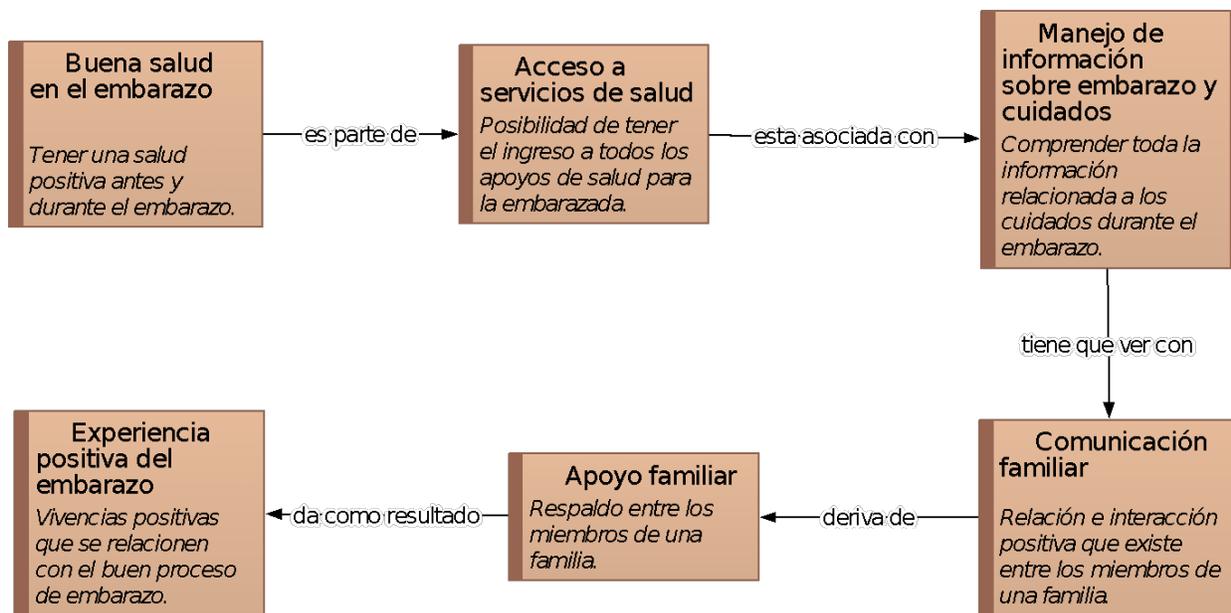
Figura 3. Red con correlación “fuerte”



En lo relacionado a la salud de la adolescente y su proceso de embarazo se obtuvieron seis correlaciones con nivel “moderado”. El hablar sobre la *buena salud*

en el embarazo es pensar en los cuidados físicos y mentales que deben tener las mujeres antes y durante su proceso de embarazo, lo cual, es parte del *acceso a los servicios de salud* lo que permite que tengan la información necesaria para sus cuidados antes, durante y después de su embarazo, es decir, que las adolescentes tengan dicha información les ayudará a sobrellevar su proceso de embarazo (*manejo de información sobre embarazo y cuidados*). La salud de las jóvenes y el contar con información sobre su embarazo no depende solo de los centros de salud y de los especialistas, sino también, deriva de la *comunicación familiar* y la interacción positiva entre sus miembros lo que ayudará al proceso de embarazo. Al igual, el *apoyo familiar* y su respaldo permitirá que las adolescentes tengan una *experiencia positiva de su embarazo* (ver Figura 4).

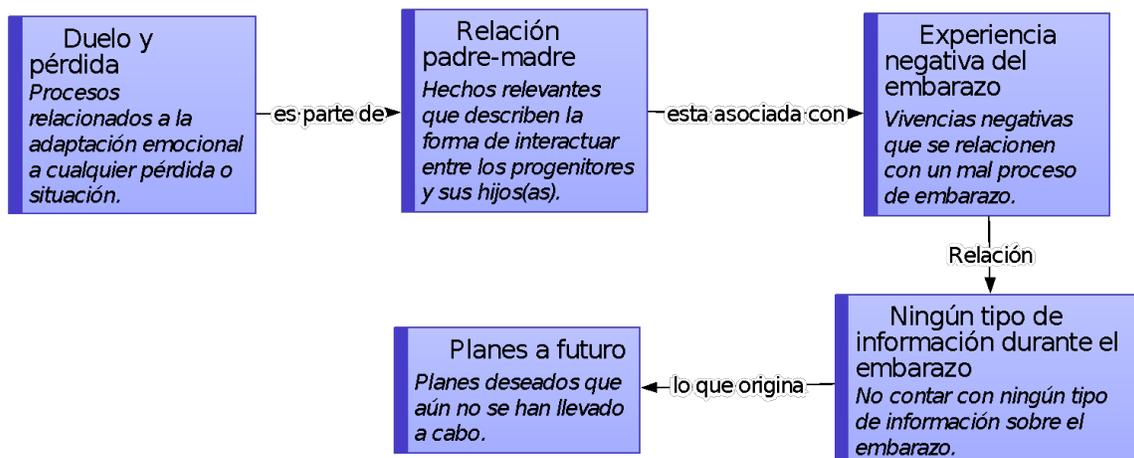
Figura 4. Red con correlación “moderado”



Como se vio en el primer apartado de resultados, también existen factores considerados negativos con una clasificación “débil” con puntajes de uno a tres. Se tomó en cuenta únicamente los códigos principales que resultaron de la correlación

los cuales son; *duelo y pérdida, relación progenitores-hijas, experiencia negativa del embarazo, ningún tipo de información durante el embarazo y planes a futuro* (ver Figura 5).

Figura 5. Red con correlación “débil”



Durante el proceso de embarazo las adolescentes viven un cúmulo de emociones tanto positivas como negativas, lo que puede originar una etapa de duelo y pérdida ya sea una preocupación por el futuro, la incertidumbre de qué pasará cuando nazca él o la bebé, un miedo a llevar una crianza solas por la falta de apoyo de la pareja o de la familia, entre muchas variables más.

Gracias a las entrevistas se pudo ver que este duelo por el que atraviesan las jóvenes es parte también de una mala relación entre sus mismos padres lo que causa que estas mujeres no tengan un soporte emocional durante y después de su embarazo ya que los propios progenitores no se apoyan entre sí dejando claramente de lado la parte emocional de sus hijas.

Por tanto, la posible inestabilidad emocional entre los padres se asocia con una experiencia negativa en el embarazo de las participantes llevando así un proceso del mismo, no tan positivo. Lo que también tiene como relación que las adolescentes no tengan ningún tipo de información durante su embarazo en cuanto a cuidados en salud física y mental.

Todo lo anterior como el embarazo no planeado, la falta de apoyo por los padres o algún miembro de la familia, tener vivencias negativas de su embarazo, que no cuenten con los medios necesarios para solventar su embarazo, entre otros, originan que las jóvenes trunquen en muchas ocasiones los planes previstos que tenían para su futuro.

Para concluir, queda claro que las jóvenes pasan por diversos momentos durante su proceso de embarazo que son clave para tener una estabilidad emocional ya sea que cuenten con la comunicación y el apoyo familiar, que tengan conocimiento de toda la información sobre el embarazo de manera general, que puedan acceder a los centros de salud y así cumplir con sus citas prenatales, entre otros.

Lo anterior facilitará y hará que las mujeres vivan de manera más llevadera sus embarazos siendo de suma importancia para las mamás jóvenes, ya que, en muchas ocasiones al tener un desconcierto sobre lo que conlleva el embarazo, pueden desencadenarse diversos factores de riesgo que perjudiquen la salud emocional y física de las mismas ya sea que no cuenten con el apoyo de la pareja o familia, una repetición de patrones que las puede perjudicar a largo plazo o el ver que en su propio entorno familiar no existe el apoyo y soporte que ellas necesitan para vivir su embarazo de la mejor manera.

Análisis de las citas textuales

En este apartado se buscó conocer cuáles eran los temas más repetitivos y representativos para las participantes, lo cual, se tomó en cuenta para hacer un análisis para el apartado de hallazgos y discusión, incluyendo las citas textuales dadas por las participantes referente a esos temas tanto de las entrevistas como de los cuestionarios de Google.

Para su elección fue importante saber el número de citas que presentaban las categorías o familias, dando como resultado lo siguiente: En *incidencia institucional* se presentó el mayor número de citas con un total de ochenta y dos, seguido del *entorno familiar positivo* con cincuenta y cinco citas, después, el *entorno*

familiar negativo con cincuenta y cuatro para pasar a el tema de la *infancia* con cuarenta y tres citas, *proyecto de vida* con treinta, *condiciones de salud de la adolescente* con veintinueve, *autoestima* con dieciséis y el tema de *amigos* ocho siendo este último el que presentó el menor número de citas.

Para el análisis de este apartado se tomaron en cuenta los temas que presentaron el mayor número de citas, siendo estos mismos, los más representativos para las participantes. Lo antes dicho, demuestra que para las jóvenes hablar de aspectos relacionados a su infancia, la incidencia institucional, el entorno familiar positivo y negativo, sobre las condiciones de su salud y su proyecto de vida son temas comunes o con los que se sienten identificadas antes y durante su embarazo.

Infancia

Como parte del tema de la infancia de las jóvenes existirán aspectos relacionados con las vivencias durante esta etapa, la relación progenitores-hijas y el duelo y la pérdida. En lo relacionado a las vivencias que tuvieron las participantes mencionaron: *“No tengo ningún recuerdo de mi infancia”, “Mi abuelo era como mi papá, siempre mi figura paterna”, “En mi infancia mi hermana, hermano y yo estuvimos sin mis papás”, “La relación con mis padres de niña y actualmente es muy difícil”, “Nunca conviví con mis papás de niña”.*, *“Mi infancia fue bonita, mucha diversión”, “En mi infancia no hubo golpes, gritos”, “Fue bonita, divertida sin preocupaciones”.*

En cuanto a la relación entre sus progenitores y de ellos con las adolescentes, algunas dijeron: *“No tengo mucha comunicación con ellos, están en Estados Unidos”, “Mi papá siempre estuvo fuera, trabajó fuera y a lo que yo creo que en toda mi vida lo he visto unas quince veces a lo mucho”, “Yo nada más me acuerdo de mi mamá, porque mi papá no vivía con nosotros”, “Mis papás se separaron cuando yo tenía unos tres meses de nacida”, “El apoyo de mi papá nunca lo he tenido”.*

Como parte de la ausencia de la relación con los padres las jóvenes viven o atraviesan procesos de duelo y pérdida lo que se expresa en las siguientes citas textuales: *“Casi no tengo relación con ellos”, “Cuando siento tristeza siento como un vacío en mi estómago”, “Mi mamá falleció”, “ En estos momentos es cuando desearía que estuviera mi mamá”, “Yo tenía como siete años, a él le dio un infarto, yo vi”, “Sí, sí, ella lo sabe y ... que no estuvo bien y espero que si él está dispuesto me pida una disculpa porque, ... por lo que me dijo, o sea, no estuvo bien y él sabe que no estuvo bien y espero que si viene se lo va a recibir bien, él sabe que sí, pero no, no es una disculpa. Y fue como yo se lo dije, o sea, yo no necesitaba que me felicitaran, yo sé que a lo mejor lo que hice estuvo mal, pero él sí reaccionó de una manera que no estuvo bien”, “Hace diecinueve años que no los veo”, “Mis bebés murieron primero una niña, y luego fue el niño”.*

Incidencia institucional

El tema de la incidencia institucional lo podemos dividir en el acceso a los servicios de salud, en el manejo de información sobre embarazo, el no contar con ningún tipo de información durante el embarazo, la percepción y vivencia de maltrato por parte del personal de salud y el no contar con el acceso a servicios de salud. Con lo anterior, podemos rescatar de la investigación algunas de las citas que van acorde con los temas de interés que derivan de la incidencia institucional.

Como parte importante de este tema es saber si las adolescentes contaron o no con el acceso a sus centros de salud y saber el tipo de información que les daban sobre los cuidados durante su embarazo, al igual saber si eran constantes en sus citas prenatales y conocer cómo era el trato que les daban en estos centros de salud, por lo que las siguientes citas describen lo antes mencionado: *“A mis citas si voy”, “Alcancé a ir nada más a cinco citas prenatales”, “Me daban el medicamento y luego revisaban al bebé”, “Ahorita estoy acudiendo al popular porque como ocupaba sacar mi credencial para que me pudieran dar citas y medicamentos”, “En total tuve nueve citas prenatales”, “Solo tomaba calcio y vitaminas... y revisiones”, “Acudía al ISSSTE y a un médico particular”, “Pues como bien, a mis horas, como*

siempre he comido. Yo siempre he comido a mis horas”, “En el ISSSTE me tratan muy bien, cuando llego, luego luego la doctora me revisó, me revisó bien”, “Iba a pláticas de salud ahí en mi comunidad”, “Sabía que debía dejar de hacer todo lo que podría provocar un riesgo, en mi embarazo y alimentarme bien, consumir vitaminas”, “Me informaba sobre signos de riesgo”, “Amm... conocía de las píldoras, el DIU, el implante, los condones y obviamente la pastilla del día siguiente”.

Algunas de las citas que hacen referencia al manejo de información sobre embarazo y sus cuidados son: *“Pues que a veces el hombre o la mujer tiene enfermedades y ahí es donde se contagian”, “Me tomaba el ácido fólico, el hierro, vitaminas, el calcio y pues no más comía verduras”, “Pues me alimento bien, trato de no hacer movimiento bruscos, de llevar un control, tomar los medicamentos”, “Me cuidaba con el implante”, “Me quité el implante y duré dos años cuidándome con preservativo”, “Las relaciones sexuales sin protección pueden provocar enfermedades o embarazos que no queremos”, “Nomás se de el condón, nomás del que va aquí en el brazo y del que se llama DIU”, “En mi escuela y mis papás también me hablaron de todo esto”, “Sí, tenía la información suficiente”, “Pues que cuando uno tiene una infección hay que tratarla”, “Sabía que se pueden transmitir infecciones, que pues podría haber un embarazo no deseado”, “Pues dejar de hacer todo lo que podría provocar un riesgo en mi embarazo y alimentarme bien”.*

Y por otro lado, las siguientes citas muestran que algunas de las participantes no tuvieron ningún tipo de información durante su proceso de embarazo: *“No, con mis amistades no hablábamos de esto”, “En mi casa no se hablaba”, “En la escuela los maestros no te decían nada”, “Nunca me dieron la información de lo que era tener un bebé tan chica”, “En los centros de salud no me daban pláticas”.* Al igual, gracias a las siguientes citas se puede ver que algunas participantes no tuvieron un acceso a los servicios de salud: *“Cerca que digamos cerca de urgencia no, tienes que ir a Huetamo de mi ranchito hasta el pueblo”, “Ni en mi casa, ni en mi escuela ni en el hospital me dieron información”, “En el centro de salud no me dieron información, solo mi cuñada”.*

Como parte de la percepción y vivencia de maltrato por parte del personal de salud las jóvenes dijeron: *“Pues les falta, porque realmente, la doctora que a mí me*

tocó, te dice las cosas y si las entendiste bien, si no, ni modo, es tu problema”, “Ay, pésima. Ahí donde voy, pésima. O sea, te hablan súper mal, parece que ahí estuvieran enojadas o no sé, te gritan súper feo y eso no esta bien”, “El trato que me dan no es muy amigable”, “A la única que he ido, la doctora hizo comentarios feos”.

Entorno familiar positivo y negativo

Como parte de la etapa de adolescencia, las y los jóvenes no siempre mantienen una buena relación familiar y al presentarse alguna situación en su vida, puede ser que no tomen las decisiones adecuadas o no tengan la confianza para platicar con la familia, uno de esos temas es la sexualidad y el inicio temprano de relaciones coitales, que puede traer consigo consecuencias como el embarazo a temprana edad y al no existir una buena comunicación familiar para adquirir la información adecuada, ni una formación de valores frente al tema de la sexualidad es probable que la adolescente se embarace. Por tanto, la comunicación y el lazo familiar será un factor entre el núcleo familiar y las relaciones que las jóvenes establezcan con los demás.

Por un lado, sobre el entorno familiar positivo está el apoyo y comunicación familiar las adolescentes dijeron: *“Todos están contentos y me apoyan”, “Con mi mamá siempre ha sido la mejor. Siempre le he tenido confianza, siempre, si yo tengo algún problema se lo digo, o cosas así, mi mamá siempre ha estado ahí”, “Lo que más me ha gustado es el apoyo que yo he tenido de mi pareja y de su familia y ahorita ya de mi familia también. Eso es lo que más me ha gustado, que me siento muy a gusto”, “Por que tenemos mucha comunicación, me comprenden y puedo llegar a contarles algo”, “Pues nos llevamos bien, tenemos mucha comunicación y mucha confianza, y lo que más me gusta pues es que nos divertimos juntos”, “Con ella siempre he platicado mis cosas, a ella le tengo bastante confianza”, “Nos llevamos muy bien, tenemos mucha comunicación”, “Igual que mi pareja, ahí está al pendiente, igual que la familia de él también”.*

Hablar de una experiencia positiva en el embarazo no solo es desde la parte familiar, sino también desde el trato que da el personal de los centros de salud a las embarazadas, algunas de las participantes dijeron: *“Me daban el medicamento y luego revisaban al bebé”, “Me tratan muy bien en el ISSSTE”, “Tengo muchos cuidados, como tal, en un tiempo, hace un mes antes de entrar a la escuela tuve una contracción y estuve en reposo por siete días, pero de ahí en fuera todo bien”, “Todos están contentos y me apoyan”.*

Por otro lado, está el entorno familiar negativo que lleva consigo la poca nula comunicación familiar a lo que algunas adolescentes dijeron: *“En mi casa no hablamos de esto”, “Había poca comunicación”, “Tenía muy poco contacto con mis papás, los veo muy poco”, “Mi papá es de las personas que te prometen algo y no cumple, y a mi me molesta eso, no digas cosas, si no las vas a hacer y no fue así”, “Hace diecinueve años que no veo a mis padres”, “A la familia por parte de mi mamá casi no la veo y no se de ellos”, “Con mi papá sigo sin tener contacto”.*

También se habla de una poca relación entre progenitores: *“Mi papá es muy recto y mi mamá no, por eso, y yo soy muy sensible y chocamos en ese punto”, “Mi papá siempre está fuera, trabaja fuera y nunca lo he visto como unas quince veces a lo mucho”, “Yo le dije a mi papá que nunca le pedí nada y hasta el momento no le voy a pedir porque no necesito de él, solamente lo tenía que saber porque es mi papá, al final de cuentas”, “Se separaron cuando tenía unos tres meses de nacida”, “Con mi papá no tengo contacto”, “Yo nada más me acuerdo de mi mamá, porque mi papá no vivía con nosotros”.*

Como parte de un entorno negativo en la familia, se encuentra el tema de las adicciones a lo que dijeron las participantes: *“Tenía un tío, pero se enfermó y después dejó las drogas”, “Pues cuando mi papá andaba mal, y nadie quiso perdonarlo pues fui la única que lo perdonó”, “Anexaron a mi papá”, “A pesar de su adicción y todo, siempre he apoyado a mi papá y es con quien más comunicación tengo, con la familia paterna”.*

Los factores anteriores junto con la repetición de patrones de embarazo adolescente y una experiencia negativa del embarazo, son considerados negativos en la vida de las adolescentes. En cuanto a eso dijeron: *“Tuve primas jóvenes que*

fueroḿ mamás”, “Mi herḿana fue mamá joven ahorita tiene veintitrés años”, “En mi círculo de amigos, varias amigas cercanas a mi se embarazaron”, “Mi mamá fue madre adolescente a los dieciséis años”. “Mi papá me atacó muy feo cuando supe que estaba embarazada”, “Espero que mi papá esté dispuesto a pedirme una disculpa”, “Durante el embarazo me hubiera gustado cuidarme más, esperado más tiempo para tener otro hijo”, “Pensé que su papá iba a estar con ellos siempre, y pues no fue así”, “Lo que no me gusta es que la mayoría de ambas familias no están felices”, “Una vez fui al baño y me salió sangre y pues el doctor me dijo que era normal, pero yo estaba espantada y hasta le dije a mi mamá que me había salido sangre”.

Condiciones de salud de la adolescente

La buena salud es un aspecto esencial del desarrollo de las y los adolescentes, en el caso de aquellas y aquellos que inician su vida sexual y que pueden tener un embarazo, es considerado un componente significativo para prevenir factores de riesgo. Lo anterior se describe en las siguientes citas: *“Me tomaba el ácido fólico, el hierro, vitaminas, el calcio y pues no más comía verduras y poca carne, porque no podía comer carne”, “Pues me alimento bien, trato de no hacer movimientos bruscos, de llevar un control, tomar medicamentos que pues me dicen”, “Pss dejar de hacer todo lo que podría provocar un riesgo, en mi embarazo y alimentarme bien, consumir las vitaminas”, “Pues cada mes que me tocaba la cita al doctor para que me revisaran, si estaba bien el niño, la medicina que tenía que tomar, la que no tenía que tomar. Este que no podía cargar cosas pesadas que no hiciera corajes”, “Los métodos anticonceptivos ayudan a proteger tu cuerpo cuando no quieres tener un hijo aún. Y las relaciones sexuales que pueden crear vida, pero también pueden traer enfermedades y también dan satisfacción”, “Tengo muchos cuidados como tal, en un tiempo... hace un mes, antes de entrar a la escuela tuve una ligera contracción. Entonces, estuve en reposo por siete días, pero de ahí en fuera todo fue muy bien, la contracción creo que se hizo por un esfuerzo que hice.*

Entonces, pero de ahí en fuera, yo camino normal, me vengo caminando de la escuela”.

Al contrario de tener un cuidado en la salud había jóvenes que mostraron tener interés en cuidar su salud aún así con su embarazo a lo que dijeron: *“No acudo al doctor”, “No suelo irme a checar al doctor ni nada”, “No he hecho nada, ni se me ha dado ir a terapia”, “A veces se me olvidaba ir a la citas, y ya no iba, ya las dejaba pasar”, “Tomaba mientras que él no me viera, así como que se descuidaba tantito y tomaba a la cerveza”, “Nunca lo hice, la verdad nunca estuvo en mis planes cuidarme”, “Solo he ido a una cita prenatal”.*

Proyecto de vida

En cuanto a lo anterior las participantes dijeron: *“Me salí de la escuela porque no me gustaba estudiar”, “Cuando supe que estaba embarazada, me puse muy triste porque iba a entrar a la Universidad, mi salud se agravó y mis planes se quedaron atrás”, “Dejé de estudiar porque me casé”, “Ya no pienso retomar mis estudios”, “Dejé de estudiar porque no me gustaba”, “Solo quería un hijo, pronto ya no quiero tener más”, “Saldré adelante trabajando, echándole ganas en mi relación de pareja”.*

En cuanto a sus planes a futuro algunas jóvenes mencionaron: *“Me cuesta trabajo salir adelante pero lo hago, al principio cuesta pero después sigues”, “Quiero seguir estudiando para tener un futuro y darle un futuro a mi bebé”, “Seguiré estudiando y voy a salir de la Universidad”, “Siendo buena mamá y obviamente darle la mejor educación a mi hijo como yo la tuve y pienso seguir estudiando porque no quiero que le falte algo”, “Yo quiero demasiado a mi esposo y por eso quiero formar una familia con él”, “A mi esposo le dan seguro, y queremos ver para sacar una casa ya de nosotros”, “Yo ya quería una familia”, “Sigo estudiando en el INEA”, “Busco tener una casa propia para mis hijos”, “Mi futuro no va a ser fácil porque nadie nace sabiendo ser madre”, “Quiero terminar la prepa y más adelante una carrera”, “Quiero que mi hija tenga un buen futuro”, “Quiero seguir estudiando para ser alguien en la vida, ser algo mejor”.*

Taller psicoeducativo

Se considera a la psicoeducación, como una disciplina de intervención que se fundamenta en los conocimientos que surgen de las reflexiones de las personas. Es una técnica usada en distintos contextos, lo que permite que sea utilizada en todos los contextos de desarrollo y educación de los seres humanos lo que implica una interacción multidisciplinar para su práctica y sus objetivos.

Existen dos componentes claves en la psicoeducación: la intervención psicológica que incluye una o varias acciones como orientación, prevención, promoción de salud y psicoterapia y la otra es en la educación. Existen dos funciones específicas de la psicoeducación; informativa que prioriza la transmisión de información acerca de la problemática pero con una eficacia limitada y una función conductual, que prioriza el cambio conductual, busca cambiar actitudes o conductas que ayuden a la adaptación desde un cambio en el estilo de vida (Ramírez y Vizcaíno, 2020).

La psicoeducación se desarrolla a escala individual, familiar y grupal. El trabajo en grupos se considera que genera conocimientos más entendibles donde se hace un intercambio de experiencias, emociones, pensamientos lo que ayuda a estimular el funcionamiento cognitivo, emocional y social de los y/o las participantes (Ramírez y Vizcaíno, 2020).

Algunas de las características de la psicoeducación según Baros, Bravo, Nostroza, Roblero, Román, Salazar, Suárez, Tabilo, Valera y Villanueva (2016) son:

1. Sirve como una herramienta para identificar y afrontar positivamente los problemas
2. Utiliza una metodología participativa y promueve la experiencia con componentes cognitivos, afectivos y psicomotores
3. El individuo se contacta realmente con sus necesidades
4. Se integran nuevos conocimientos y habilidades para el logro de los objetivos
5. Se busca el desarrollo de un ambiente seguro que promueve autonomía, el diálogo, el respeto y responsabilidad
6. Consta de un proceso de evaluación constante de lo realizado

Las modalidades en la intervención de la psicoeducación son flexibles, más holística y competentes que otras formas de intervención (Bodai & Tusso, 2015) lo que permite a quien lo aplique, decidir qué tipo de técnicas o intervenciones son las más adecuadas en cada situación (Gruezo, 2017). La parte emocional, es fundamental ya que el o la participante puede intercambiar información y experiencias para una mayor comprensión y más aprendizaje, y fortalecer capacidades y habilidades innatas o adquiridas que ayudan a evitar a que el problema reaparezca. Se involucran acciones como escuchar, comprender y por medio de actividades lograr movilizar las emociones (Sandoval, 2017).

Las autoras Alferillo y Cavagnaro (2008) como se citó en Ananía (2011), mencionan que este tipo de talleres surgen en el marco de la psicología de la salud orientados a promover motivaciones, actitudes y pautas de comportamientos saludables en los individuos. Al igual, que se adecuan a diferentes ámbitos institucionales como clínico, educativo, comunitario, organizacional dirigidos a grupos etarios con la finalidad de contribuir a la prevención de la salud mental, promoviendo comportamientos y actitudes prosociales así como entornos más saludables.

Siguiendo con las autoras, el tipo de metodología con el que se trabajan los talleres psicoeducativos es activo-participativa combinando diversas técnicas (cognitivas, afectivas, comportamentales y psicocorporales) lo que ayudará a descubrir nuevos recursos y esquemas adaptativos por lo que es importante que estos talleres sean transferidos a contextos de la vida cotidiana. La metodología permite que el coordinador y los integrantes del grupo reflexionen, expresen comentarios y sugerencias basadas en sus experiencias personales. Asimismo, de los talleres psicoeducativos se aprovechan los recursos que desarrollan y aportan los grupos para llevar a cabo acciones dirigidas a una dinámica grupal como instrumento del cambio conductual, de actitudes, habilidades, percepciones, pensamientos, creencias o interacciones.

Para Herrera (2003) un taller psicoeducativo es una experiencia grupal en la cual los y las participantes interactúan entre sí en torno a una tarea en específico

en la cual, los o las participantes tienen un rol protagónico en el proceso de aprendizaje que se produce durante el taller lo que crea un ambiente cooperativo que favorece la dinámica grupal.

Un taller psicoeducativo es un espacio de vínculos y participación donde se desarrollan distintos estilos de comunicación, siendo un camino con alternativas metodológicas diversas, que estimulan el aprendizaje, donde existe un trabajo recíproco compartiendo la conciencia y conocimientos de una persona a otra así como la creatividad. Es un lugar para la vivencia, reflexión y la conceptualización (García, 1997 como se citó en Ortega y Díaz, 2012).

El taller psicoeducativo parte de la práctica, de lo que la gente sabe, vive y siente desarrollando un proceso sistemático, ordenado y progresivo que inicia de las experiencias y vivencias de sus participantes. Es un medio para socializar el conocimiento individual para así enriquecer el conocimiento colectivo. Por otra parte, en un taller los objetivos son específicos y tiene una finalidad de tipo preventivo donde los participantes se auto proveen de apoyo emocional y social al compartit experiencias e intercambiar recursos. La planificación y evaluación son fundamentales para una buena realización de un taller de este tipo (psicoeducativo) lo que evitará improvisaciones. Sin embargo, esta planificación se puede modificar conforme se hagan las sesiones, a partir de las evaluaciones que se van haciendo, los tiempos de ejecución y los materiales (Ayetarán, 1996 como se citó en Ortega y Díaz, 2012).

La estructura de un taller psicoeducativo esta conformada por: datos generales; los beneficiarios y participantes del taller como las personas responsables del mismo y la unidad temática a desarrollar, objetivos; se expresa lo que se quiere obtener con la aplicación del taller, éstos deben ser precisos y concisos, las actividades; describen los procedimientos que se utilizarán en el taller para lograr los objetivos, materiales; son todos los implementos que son necesarios para el desarrollo de las actividades, el tiempo; se da un aproximado de duración de cada actividad a desarrollar y el cierre del taller que permitirá tomar conciencia de la experiencia, obtener conclusiones para mejorar, rectificar y lograr sensibilizar respecto a cada progreso y situación de vida. Aquí se contemplan los recursos con

los que cuentan los involucrados(as), se dan espacios de reconocimiento y expresión emocional (Ortega y Díaz, 2012).

Taller Psicoeducativo “CAMINANDO JUNTAS”

Como parte importante de la investigación y de los resultados, está el diseño del taller psicoeducativo nombrado “*Caminando Juntas*” el cual está dirigido a adolescentes embarazadas, a chicas que busquen ser madres o a las adolescentes que quieran obtener información referente al embarazo adolescente que tengan edades de entre 15 a 20 años. El presente taller tiene como finalidad brindar elementos para fortalecer los conocimientos, habilidades y actitudes, incidiendo al mismo tiempo en la identificación, reflexión y desarrollo de los factores de protección que permitan a las participantes enfrentarse a la situación. Se pretende que las adolescentes con base en actividades recreativas conozcan aspectos generales sobre el embarazo adolescente, la crianza, los factores de protección y de riesgo durante y después del embarazo.

El taller (ver apéndice 3) propone y recupera las necesidades que se han manifestado por parte de las participantes en las entrevistas y cuestionarios de la presente investigación, desarrollando temas que son esenciales para las adolescentes embarazadas, los cuales, se deben trabajar para tratar de evitar o prevenir factores de riesgo e incrementar los factores de protección que puedan evitar situaciones graves como el maltrato prenatal.

Con el desarrollo de los temas se busca que las adolescentes embarazadas conozcan y desarrollen actitudes de respeto y cuidado hacia su cuerpo, que reflexionen sobre las relaciones sexuales sin protección en la adolescencia, que haya una reflexión sobre las implicaciones de la maternidad en la adolescencia, que conozcan los factores de protección y riesgo durante el embarazo adolescente, que obtengan información sobre las prácticas de crianza y que sean capaces de diseñar un proyecto de vida, fijando metas y un plan de acción para lograrlas.

Cada una de las sesiones del taller y su temática, se desarrollaron con base en lo que expusieron las participantes de la investigación en sus entrevistas y

cuestionarios. Esos temas son los más representativos en la vida y proceso de las jóvenes, antes, durante y después de su embarazo, al igual, son considerados de interés debido a lo que se encontró en la literatura relacionada con la adolescencia, el embarazo adolescente, maltrato prenatal, los factores de riesgo y protección y el proyecto de vida de las mismas jóvenes.

A su vez, cada sesión cuenta con la información obtenida de las investigaciones de algunos autores que hablan sobre el tema a tratar y las citas textuales de las participantes de las entrevistas y los cuestionarios de la presente investigación, al igual, se nombran algunos talleres y cursos que han propuesto los temas del presente taller. Lo anterior se describe a continuación:

Tema 1. Bienvenida, presentación del taller y elaboración de narrativas

Se da la bienvenida a las participantes por parte de la facilitadora iniciando con una breve carta de presentación de la misma para dar paso a una introducción sobre el taller mencionando de forma general qué se espera con el mismo, que contenidos o temas se van a tratar, el cómo se van a trabajar, con qué tipo de medios de apoyo y las fechas, tiempos y lugar de las sesiones del taller.

Se dará paso a la presentación del grupo con una actividad que propicie la integración del mismo y a establecer un clima de confianza que facilite una mayor participación por parte de las integrantes. Se pedirá que las participantes digan su nombre, una cualidad y un defecto que identifiquen de ellas mismas, y que mencionen qué esperan del taller.

Lo anterior, permitirá tener un panorama general de cómo se perciben las adolescentes a ellas mismas, con su embarazo o siendo madres. Motivando siempre la participación por parte de la facilitadora.

Tema 2. Amor romántico y sexualidad

Esta sesión se basa en la literatura principalmente y en lo que expresaron las participantes en sus entrevistas y cuestionarios. Se considera que el tema del amor romántico es poco explorado por los especialistas, pero que a su vez es de suma importancia para los y las jóvenes en la etapa de la adolescencia, ya que, gracias a

lo revisado en la literatura podemos percatarnos que tiene una relación con temas de sexualidad. Lo último, considerado primordial cuando se habla de la adolescencia.

Como base de apoyo se consideran los siguientes autores y resultados de las entrevistas realizadas a las adolescentes en las que se observa la relevancia del tema:

- Fierro, García, Marti y Onrubia (2005) plantean que en el amor “romántico” puede existir el contacto físico de todo tipo. Los y las jóvenes inician prácticas sexuales en una edad temprana, teniendo una madurez biológica pero en muchas ocasiones no a nivel psicológico para actuar frente a la responsabilidad que conllevan las prácticas sexuales a temprana edad. En los primeros encuentros predominan los sentimientos de simpatía y de consolidación de una relación con características de amistad, pero la atracción física y erótica juega un papel importante quedando en un primer plano el contacto físico. Los y las adolescentes no necesariamente se sienten comprometidos en la relación, lo que puede llevar a tener una actitud más permisiva llegando a vivir en unión libre o a tener más de una pareja.
- Ambrosi y Bonilla (2010) quienes mencionan que los y las adolescentes cuentan principalmente con cuatro fuentes de información sobre la sexualidad: los padres, los amigos, las instituciones educativas y los medios de comunicación. Los y las jóvenes también buscan información por sus propios medios, ya que hablar sobre sexualidad entre padres e hijos es difícil ya que involucra el aspecto afectivo y erótico.
- Birraux (2004) menciona que él y la adolescente están en una tarea de fusionar el amor tierno y el amor sensual dejando de lado las cuestiones infantiles.
- Monroy (2001) señala que el enamoramiento en la adolescencia es característico por su intensidad y fugacidad siendo el vínculo amoroso y la seducción el principal dispositivo de acercamiento.
- Aguirre (1994) expresa que lo que impulsa a los y las adolescentes a iniciar un vínculo amoroso es el amor, la comprensión y el acercamiento a la

sexualidad mencionando que el término “amor” para los y las jóvenes está relacionado con la apertura a la comunicación asemejando con que esto es lo que haría más felices a los y las jóvenes, teniendo la fantasía de posibilitar una plenitud y felicidad por medio de la entrega total hacia el otro u otra.

En cuanto al tema de la sexualidad las jóvenes en sus entrevistas mencionaron: *“Ahm... conocía las pildoras, el DIU y el condón”, “-Sé que el hombre y la mujer tienen enfermedades y es ahí donde se contagian”, “-Solo en el centro de salud me hablaron de sexualidad”, “- Tenía el implante me lo quité y duré dos años cuidandome con preservativo”, “Sé que las relaciones sexuales sin protección provocan enfermedades y embarazos no deseados”, “Nomás sé del condón y del que va en el brazo”, “Solo en la escuela me hablan de estos temas”.*

Uno de los talleres que trabaja este tema es el de “Noviazgo entre adolescentes” y el taller de “Sexualidad” llevado a cabo por el Instituto de Aguascalientes de las Mujeres a cargo de Guzmán sirvió para conocer cómo perciben y viven sus relaciones de noviazgo las adolescentes y saber si identifican cuando hay algún tipo de violencia. En lo relacionado al taller de sexualidad fue de gran ayuda para conocer qué entienden los y las adolescentes por sexualidad y lo relacionado a educación sexual. Es importante mencionar que para crear las actividades de esta sesión, se tomó en cuenta la información teórica que daba la autora para tener un panorama más específico de lo que es el amor romántico y la sexualidad para los jóvenes, rescatando algunos puntos de estructura de sus propios talleres para implementar en esta y las próximas sesiones.

Tema 3. Embarazo y crianza

Al ser este tema en el cual se rige la investigación, se tomaron en cuenta de forma general todos los artículos revisados que formaron el capítulo de “embarazo adolescente como fenómeno” en la investigación para construir el tema del taller, específicamente los siguientes artículos.

- Mora y Hernández (2015) para adentrarnos al tema del embarazo adolescente visto como una problemática de salud siendo prioridad de

atención las adolescentes embarazadas ya que un embarazo a temprana edad en ocasiones repercute en la salud de la madre y el bebé. Al igual, gracias al artículo se pudo tener un panorama más amplio de los problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo(a).

- Valdés, Essien, Bardales, Saavedra y Bardales (2002) muestran la incidencia del embarazo adolescente entendiendo que el y la adolescente hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar un embarazo, deseado o no, pero aun así no deja de ser riesgoso para la salud de la madre y el bebé.
- La investigación de González y Estupiñán (2010) fue de gran utilidad para analizar un poco más sobre las prácticas de crianza de las madres adolescentes sabiendo que estas mismas reproducen patrones culturales que se manifiestan en la intervención de los demás cuidadores, especialmente los de la madre de la adolescente como una práctica cotidiana.

El taller “Prevención del Embarazo Adolescente” creado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la ciudad de Guanajuato en el año 2019 fue de ayuda para guiarnos a formar esta sesión.

Tema 4 y 5. Factores de riesgo y protección en el embarazo adolescente

Los factores de riesgo y protección son temas amplios relacionados con diversas características que rodean a la adolescente, por lo cual, estos serán distintos en cada participante dependiendo de sus experiencias y formas de vida, por lo que se tomaron en cuenta solamente algunos factores y citas para refutar lo expresado en la teoría y en las experiencias narradas por las participantes.

- Rodríguez (2008) analiza qué y cuáles son los factores de riesgo a los que se exponen las adolescentes y sus bebés antes, durante y después del embarazo. Estos pueden ser estructurales, individuales e institucionales. Lo anterior ayudó para formar esta sesión basada en los tipos de factores de riesgo que da el autor.

- Páramo (2011) identifica los factores de riesgo y protección en la etapa adolescente que pueden relacionarse con un embarazo a temprana edad.
- Ramírez, Gómez, Villareal, García, Rodríguez, Rosas y Flores (2013) determinan la magnitud y la interrelación de los factores de riesgo y de protección para el embarazo en adolescentes mexicanas.

Gracias a las experiencias compartidas por las participantes, pudimos conocer algunos factores de riesgo y de protección que viven antes, durante y después de su embarazo las jóvenes, mismos que fueron considerados los más importantes y útiles para la elaboración del taller. En el caso de los factores de riesgo, está la poca atención a la salud de la madre con citas como: *“No acudo al doctor”, “Se me olvidaba ir a mis citas”, “Tomaba mientras estaba embarazada”, “No suelo irme a checar o ir al doctor”*.

Otros factores de riesgo son el entorno familiar negativo y la falta de relación entre los propios padres y con las participantes existiendo cuestiones relacionadas con las adicciones por parte de un integrante de la familia por ejemplo una participante dijo: *“Mi papá andaba mal y fui la única que lo perdonó”* otro es la poca o nula comunicación familiar al mencionar *“Mi papá me dijo cosas muy feas”, “Nunca conviví con mis papas”, “No tengo contacto con la familia de mi mamá”, “Había poca comunicación”, “La relación con mi papá es distante”, “Mis papás están en Estados Unidos”, “Hace 19 años que no los veo”, “Mi papá no vivía con nosotros”*. Y por último experiencias negativas del embarazo como una percepción y vivencias de maltrato por parte de alguien de su familia, pareja o personal del centro de salud de esta última algunas citas que lo refutan son: *“Ahí donde voy es pésimo el servicio pareciera que siempre están enojados”, “El trato en el hospital no es muy amigable”*.

Por último, como parte de los factores de protección las participantes mencionaron mucho sobre temas relacionados con el apoyo y comunicación familiar como: *“Lo que más me ha gustado es el apoyo de mi pareja y mi familia”* y *“Todos están contentos y me apoyan”* y el factor de experiencia positiva de su embarazo como tal expresando: *“Tengo muchos cuidados en mi embarazo”, “Mi pareja esta al pendiente y la familia de él”*. La Guía de Prevención del Embarazo en la

Adolescencia en Guatemala por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social sirvió para crear esta sesión en cuanto a los factores que influyen en el embarazo durante la adolescencia.

Tema 6. Y tú...sabes qué es la autoestima

En cuanto a la autoestima, ya sea baja o alta, queda claro que el rol de la familia es un factor importante que contribuye a que la joven tenga una buena o inadecuada imagen y concepto de sí misma. En muchas ocasiones es la misma familia quienes las desapruaban por su situación de embarazo. Son pocas las familias que las apoyan haciéndolas sentir seguras de sí mismas y de su proceso de embarazo. Algunos de los autores y participantes que se expresaron acerca de este tema expresan lo siguiente:

- Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena (2011) analizan la autoestima y los factores sociodemográficos en adolescentes en estado de embarazo, encontrando que la mayoría tenían una autoestima baja durante su embarazo debido a la actitud de desaprobación hacia las jóvenes por su situación, principalmente por sus parejas y familias.
- Alderete, Juárez, Sánchez, Durán, Hernández y Tellez (2012) identificaron el nivel de autoestima durante el embarazo en mujeres adolescentes. Encontrando que los cambios psicológicos que viven las jóvenes inciden en una autoestima baja presentando inestabilidad emocional.
- Cataño, Restrepo, Portilla y Ramírez (2008) señalan que la autoestima es un factor fundamental en la tasa de embarazos tempranos y de algunas conductas psicosociales en los y las jóvenes. La autoimagen que tiene la joven y la búsqueda de su autoconocimiento es lo que permite tener de manera equilibrada aspectos negativos y positivos de su personalidad.
- Ramos y Borges (2016) y de Ceballos, Camargo, Jiménez y Requena (2011) ayudaron para conocer e incluir en el tema aspectos relacionados con autoestima y la edad de la madre. También contribuyen a reflexionar en torno

a que es posible que no se vea afectada su autoestima, dependiendo de la capacidad de resiliencia de cada joven.

Gracias a la experiencia de la realización de las entrevistas, fue muy notorio que las jóvenes mostraban una cierta actitud que podría ser de “vergüenza” o de “miedo” ante las preguntas y además de que se mostraban cohibidas ante la presencia de la entrevistadora que aunque se creaba antes de dar inicio a la entrevista una conexión de empatía les costaba fluir en sus respuestas lo que dio indicio de la autoestima baja que podrían tener la mayoría de las adolescentes embarazadas al momento de hablar principalmente de temas sexuales y de auto percepción, por ejemplo: *“No sé que me gusta de mí”, “Cuando tengo el autoestima muy bajo creo que todo es mi culpa”, “Con nadie de mi familia tengo relación yo no soy sociable”, “Nada me gusta de mí”*.

En lo referente a autoestima alto las participantes dijeron: *“Al principio me cuesta salir adelante, pero creo en mí y lo hago”, “Soy una persona muy extrovertida y abierta”, “Soy una persona super alegre, amorosa y extrovertida, eso es lo que pienso de mí”, “Me gusta mucho mi inteligencia”, “Lo que más me gusta de mí es que soy bien amorosa”*. El taller “Prevención del Embarazo Adolescente” creado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la ciudad de Guanajuato en el año 2019 resultó de interés para apoyo en esta sesión, dada la relevancia que le dieron al tema de la autoestima.

Tema 7. Mi proyecto de vida

Podemos rescatar que la mayoría de las participantes relacionan el terminar los estudios con dar un mejor futuro a su hijo(a) o hijos(as) ya que algunas de ellas no pudieron seguir con sus estudios lo que las lleva a buscar trabajos para mantener y salir adelante con los o las bebés. Al igual, el tema de casarse a temprana edad como dicen los autores en este apartado, en muchas ocasiones es para “huir” de su realidad poco estable que llevan las jóvenes planeando casarse o irse a vivir con su pareja. Queda claro que, gracias a las situaciones poco favorables en relación a su economía, a una familia poco unida, problemas con la pareja, entre otras las

participantes ya no piensan tener más hijos(as). Los autores y las citas de las participantes que expresan este tema son:

- Salazar, Rodríguez y Daza (2007) sostienen que el proyecto de vida de las madres adolescentes está dirigido a conseguir una pareja que las ayude a salir de la situación difícil en la que se encuentran en el hogar y para conseguirlo muchas veces su salida rápida es un embarazo. Al igual si estas jóvenes no cuentan con el apoyo de la familia terminan por dejar la escuela lo que genera una vida productiva laboral por debajo de los niveles mínimos de ingreso.

Por otra parte, gracias a las entrevistas pudimos percatarnos que la mayoría de las participantes comienzan a hacer planes a futuro con sus parejas al mencionar lo siguiente: *“Nos vamos a casar, es lo que tenemos planeado con el papá de mi hijo”, “Vamos a trabajar, ser perseverantes echándole ganas a la relación de pareja”, “Queremos formar una familia juntos”, “A él de dan seguro y queremos sacar una casa propia”, “Estamos viendo una casa para irnos y ya no vivir con mi suegra”.*

En el caso de planear tener más hijos las adolescentes dijeron: *“Pues nomás con un hijo, ya no pienso tener más, por lo pronto no”, “ Me veo en un futuro con ellas dos”.*

En lo referente a cómo se ve la madre con su hijo(a) o hijos(as) en un futuro mencionaron: *“Seguir estudiando para tener un mejor futuro y darle un buen futuro a mi bebé”, “Sigo estudiando y claro que voy a salir de la Universidad”, “ Siendo buena mamá y obviamente darle la mejor educación como yo la tuve y pienso seguir estudiando por lo mismo porque no quiero que le falte algo”, “Busco tener una casa para mis hijos”, “Siento que no va a hacer fácil porque nadie nace sabiendo ser madre”, “En cuanto me alivie busco tener una casa aparte”, “Quiero que mi hija tenga un buen futuro”.*

El proyecto “Madres adolescentes proactivas, atención a un grupo de madres adolescentes de la comuna No. 1 de Barrancabermeja, desde una estrategia de

intervención psicosocial y capacitación para la productividad” presenta temas y actividades relacionadas con el proyecto y las aspiraciones de vida de las adolescentes embarazadas por lo cual, fue de utilidad para la sesión como guía de elaboración para la misma.

Es importante destacar que la posibilidad de brindar formación a las adolescentes, tendría que realizarse en pareja, si es que estas la tienen, dada la relevancia de la construcción de ciertos elementos que hagan posible enfrentar de mejor manera el proceso para las embarazadas, así como su proyecto de vida y del niño o niña que se está gestando. También sería posible generar por lo menos una sesión en la que participen con la madre, padre o con la persona que vivan, para así establecer algunos acuerdos básicos que contribuyan al bienestar.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente en dicha situación. Podemos percatarnos de que existen muchos factores tanto de protección como de riesgo, los cuales, dependen de las circunstancias, formas de vida y crianza que tuvieron las jóvenes.

Como mencionan Molero, Sospedra, Sabater y Plá (2011) durante la etapa de la infancia, se espera que se desarrolle un vínculo emocional entre los niños(as) y sus cuidadores principales, dando como resultado una seguridad al propio infante y, por ende, respuestas de afecto a sus cuidadores.

Siguiendo con los autores, la importancia de las experiencias infantiles será la base principal para el desarrollo emocional de las personas adultas. El establecimiento de lazos afectivos, el aprendizaje de amor, entre otros dependen de la sensación de bienestar que proporcionan los padres al niño(a) por otro lado, el no procurar o cuidar de los niños(as) puede originar jóvenes y adultos que difícilmente mantienen vínculos afectivos adecuados con sus semejantes.

Con lo anterior, puede pensarse entonces que las experiencias con los cuidadores durante la primera infancia, la niñez y adolescencia de cualquier ser humano y al existir un vínculo afectivo habrá una relación con una necesidad de mantener contacto y cercanía con un cuidador, de tal manera que los sentimientos de confianza, felicidad, ansiedad, indiferencias o tristeza que puedan derivar de la progresiva constitución de dicho vínculo pueden verse reflejados en la conducta del niño(a). Al no existir experiencias positivas se pueden desencadenar factores de riesgo, en este sentido, las adolescentes pueden experimentar un embarazo a temprana edad debido a la falta de apoyo emocional, la falta de comunicación, entre otros por parte de su familia y pareja, principalmente (Duarte, García, Rodríguez y Bermúdez, 2016).

Las vivencias que tenga un individuo durante su infancia y a lo largo de su vida dependen de diversos factores como formas de vida, creencias y costumbres en la familia, el apoyo y escucha por los padres o cuidadores, entre otros. En este

caso, las participantes como parte de sus vivencias durante la infancia, mencionaron no tener ningún recuerdo con sus padres debido a una falta de convivencia o a una relación complicada entre ellos, siendo pocas las adolescentes que recuerden tener momentos agradables con sus padres en su infancia lo que ayudó en cierta forma a fortalecer su vida adulta.

La mayoría de las participantes mencionaron no contar con el apoyo emocional principalmente de su padre lo que para ellas es de suma importancia afectando su relación. Algunas dijeron no saber nada de su papá desde hace varios años, otras, que sus papás las habían ofendido y quitado el apoyo de cualquier tipo al decirles que estaban embarazadas al igual, mencionaron que desde pequeñas no recuerdan tener un momento grato con ellos o con su apoyo, siendo en su mayoría papás que pasan parte del tiempo fuera de casa o trabajando fuera de la ciudad. El no tener un rol paternal es un factor de riesgo que las lleva a sentirse desprotegidas emocionalmente, principalmente en aquellas jóvenes que no cuentan con el apoyo de sus parejas.

Por tanto, las adolescentes se ven inmersas en muchas ocasiones a vivir diversos duelos y pérdidas ya sea por la falta de apoyo y afecto de sus padres, la muerte de alguno de ellos o a la vivencia de una experiencia dolorosa para ellas, siendo así que, al no trabajar esas emociones se desestabiliza su estado emocional.

Se debe procurar el estado emocional óptimo de las adolescentes buscando un equilibrio del mismo, trabajando los duelos y pérdidas o simplemente las experiencias negativas a las que estuvieron inmersas durante su infancia y a lo largo de su vida.

Cabe destacar que al año, 15 millones de mujeres adolescentes tienen hijos(as), lo que representa la quinta parte de los nacimientos, de los cuales cinco millones abortan y muchas jóvenes mueren a consecuencia de un aborto provocado lo que lleva a analizar que las adolescentes de 15 a 19 años tienen menos conocimientos o información de lo que es la fertilidad y lo que esta conlleva (Jiménez, Peralta, Hinojosa, García, Castillo y Miranda, 2012).

Al igual, el hablar de un nivel bajo de escolaridad se puede asociar con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación en

la primera relación y una edad más temprana en el inicio de su vida sexual, lo que hace exista una mayor vulnerabilidad al embarazo (Menkes y Suárez, 2003).

En el Informe sobre la salud en el mundo 2006 y en el Informe sobre los resultados: presupuesto por programas 2016-2017 por parte de la OMS, explica que el control prenatal (CPN), es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud a fin de controlar la evolución del embarazo y tener una preparación para el parto y la crianza del recién nacido para disminuir riesgos. Por tanto, para evitar cualquier complicación es importante tener un control prenatal que ayude a disminuir el riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, complicaciones durante el embarazo y el parto, menos muertes maternas, por mencionar algunos. Esto dependerá del número de consultas recibidas que tuvo la joven durante su embarazo a lo que la Norma Oficial Mexicana especifica un mínimo de cinco consultas prenatales con inicio temprano, en el primer trimestre del embarazo (Aguilar, Nazar, Salvatierra, Mariaca y Estrada, 2006).

Entonces, la importancia del CPN en México tendrá como beneficios un mejor peso al nacer él o la bebé, menor requerimiento de hospitalización del recién nacido y una reducción de problemas relacionados con la mamá. Pero para que lo anterior pueda funcionar debe trabajarse en la calidad de los equipos de salud, en los problemas de organización para brindar el control prenatal, en facilitar el acceso a los centros de salud y a la información en todas las zonas geográficas, en adecuar las acciones preventivas en la promoción de salud, brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos(as) y parejas, entre muchos aspectos más (Quelopana, Dimmitt y Salazar, 2007).

En lo referente al tema de servicios de salud se debe analizar lo siguiente; la facilidad con la que cuentan las jóvenes o no en acceder a éstos, la calidad del servicio y las estrategias que tiene cada centro de salud para brindar información a las adolescentes sobre temas obstétricos y de sexualidad, lo que se resume en el acceso a los mismos por parte de las adolescentes. Siendo así, que al no contar con dicha información y el acceso a servicios de salud de alta calidad es un factor de riesgo ya que esta ligado a que las adolescentes cumplan o no con sus citas

prenatales, lo anterior, por nombrar algunos factores. En este caso, las participantes en su mayoría no fueron responsables en cumplir con todas las citas prenatales siendo la falta de acceso a servicios de salud y por ende a la información una de las causas de que las jóvenes no tengan noción sobre en qué consisten las citas prenatales y la importancia de las mismas antes, durante y después de su embarazo, en cambio, aquellas que sí tuvieron la oportunidad les ayudó a tener los cuidados necesarios principalmente durante y después del embarazo.

Por tanto, durante el proceso de embarazo es importante tener la información y los cuidados necesarios antes, durante y después del parto que ayude a las mujeres a tener las herramientas necesarias para cualquier percance. Si bien, no todas las embarazadas tienen la facilidad de acceder a esta información ya sea por la falta de conocimiento de que existe la misma, por un limitado acceso a los centros de salud o por cuestiones de tabú donde en la misma familia no se habla sobre temas de sexualidad o embarazo, siendo solo un porcentaje pequeño de las adolescentes que tienen el acceso a todo tipo de información y así a un cuidado más específico de su embarazo. El tipo de información que recibían las adolescentes fue muy variado lo cual, puede pensarse que se debe a factores socioeconómicos, demográficos, educativos, de crianza, entre otros. Aún así, el que las adolescentes cuenten con la información necesaria para tener los cuidados, es difícil explicar de forma específica porque aún teniendo todos los medios referentes a información, fueron mamás a temprana edad podría pensarse que se deba a los factores relacionados con sus historias de vida, sus recursos psicológicos actuales y sus situaciones familiares.

Con lo antes descrito, queda claro que algunas participantes cuentan con la información sobre lo que conlleva un embarazo, mientras que otras, tendrán un acceso más limitado o no contarán con la información a lo que algunas mencionan que ni en casa, escuela y centros de salud tuvieron los datos necesarios para cuidar su embarazo antes, durante y después del parto.

Por tanto, el que las adolescentes cuenten con la información necesaria para los cuidados durante su embarazo es primordial y esencial y no únicamente con ellas sino también para las personas que las rodean incluyendo familia y pareja lo

que ayudará a poner atención a cualquier signo de alerta relacionado con factores de riesgo que pongan en peligro la salud de la madre y la del bebé. Es obligación de los centros de salud y especialistas dar la información requerida a cada adolescente de acuerdo a sus necesidades. Es importante que desde casa se platiquen sobre temas de sexualidad, lo cual, en ocasiones llega a ser complicado por las diversas creencias, crianzas y costumbres de cada familia, por otro lado, los centros educativos deberían implementar materias, talleres, pláticas relacionadas a la educación sexual, para que así niños(as) y jóvenes cuenten con la información para evitar en este caso, principalmente un embarazo no deseado o enfermedades de transmisión sexual.

Las adolescentes embarazadas por su condición de embarazo, económica, su nivel educativo, su edad, entre otros en varias ocasiones suelen ser criticadas, señaladas o maltratadas por la sociedad en general, la familia y por el personal de salud lo que es considerado un factor de riesgo para la salud de la misma joven y su bebé ya que se está dañando su integridad emocional y en algunos momentos físicamente al no tener tacto al hablarles o hacer sus revisiones lo que es parte del maltrato prenatal y de una violencia obstétrica e insitucional en salud siendo el primero, parte de la violencia de género arraigada en las prácticas institucionales del sistema de salud producto de la intersección de la violencia de género y la violencia institucional que es toda violación o afcción de los derechos sexuales y reproductivos de cualquier mujer (Galimberti, 2015).

Siendo así, que algunas participantes mencionaron haber sufrido burlas o comentarios misóginos por parte del personal médico debido a su condición de embarazo, haciéndolas sentir inseguras y humilladas optando por no seguir con sus citas prenatales. Puede pensarse que algunas participantes por pena o miedo no mencionaron si sufrieron o no algún tipo de mal trato por el personal de salud pudiera ser por miedo a que les quitaran la atención médica.

El embarazo en las jóvenes es un tema de interés para las familias ya que, en la mayoría de las veces, les interesa prevenirlo, pero algunos padres no saben cómo enfrentar la sexualidad con sus hijas(os), lo que hace que el embarazo adolescente se asocie a las dificultades de comunicación y relación afectiva entre

padres e hijos (Rangel, Valerio, Patiño y García, 2004). También es trascendental la comunicación familiar, ya que al no existir lo anterior, se pueden desencadenar carencias de afecto familiar o problemas familiares (Satir, 2002).

Las jóvenes mencionaron tener un apoyo y una buena interacción y por ende confianza para platicar sobre el tema de su embarazo, sí con sus familias, pero únicamente con la mamá, con terceras personas que no son parte de la familia nuclear como primas más grandes a ellas, quienes, al igual, fueron madres jóvenes y por la familia de la pareja especialmente con la suegra.

El que las jóvenes cuenten con el apoyo de su familia para llevar su proceso de embarazo, será un factor de protección que da como resultado una experiencia buena y llevadera antes, durante y después del embarazo, y no solo desde el ámbito familiar sino desde la parte del trato por parte de las instituciones de salud que son parte esencial para el proceso de embarazo de las jóvenes ayudando a minimizar o eliminar posibles factores de riesgo y desde el apoyo social y redes sociales que son conocidas desde un inicio por Bowlby, a lo que los autores Cohen y Syme (1985) como se citó en Benaiges (2018), coinciden que las relaciones sociales son de importancia para las personas, ya que favorecen el desarrollo psicológico y social además de ejercer una función protectora frente a la crisis y enfermedades. La participación en una red social amplia y aumenta las oportunidades de obtener un apoyo social y favorece múltiples experiencias y expectativas en un modelo más complejo de sociabilidad, como es el que transitan las adolescentes en el contexto actual.

Al contrario de lo anterior, hubo participantes que no tuvieron el apoyo de su familia y en casa existía poca o nula comunicación. La ausencia de sus padres es una situación que las jóvenes viven, sintiéndose solas durante su embarazo lo que podría pensarse que las lleva a buscar esa falta de afecto en otras personas o incluso en la misma pareja, siendo la falta de comunicación e interacción familiar un factor de riesgo para embarazarse a temprana edad.

Por tanto, que entre los progenitores y sus hijas no exista una buena reciprocidad dependerá de la relación que tengan sus propios padres lo cual, se refleja en la interacción con sus hijas. En la mayoría de los casos, las participantes

mencionaron no tener un contacto o relación con su padre debido a la personalidad recta del mismo, a una ausencia en su crianza o a algún resentimiento que tienen con él debido al poco o nulo apoyo de ellos para con las jóvenes.

Algo que forma parte del entorno familiar negativo de algunas participantes es que sus padres, alguno de ellos o personas significativas a ellas tuvieran algún tipo de adicción principalmente a las drogas, lo que afecta, en la mayoría de las veces su estado emocional y por ende su proceso de embarazo al vivir rodeada de todos los factores que conlleva una adicción. La familia como menciona Aguirre, Aldana y Bonilla (2016), puede influir como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas ya sea a consecuencia de la ausencia de uno de los padres, el hecho de que uno de los padres se vuelva a casar, cuando se promueven actitudes de consumo de drogas legales o ilegales y más cuando el consumo está presente en los padres o adultos, cuando hay baja supervisión sobre las adolescentes, cuando la historia familiar promueve conductas antisociales, alta conflictividad intrafamiliar, abuso físico o psíquico y al tener bajas expectativas para las jóvenes en cuanto a su desarrollo personal.

Algunas de las participantes siguieron un patrón de embarazo a temprana edad, lo cual, puede considerarse por ellas mismas como un acontecimiento normal dentro de su propia familia lo que dependerá de la crianza, costumbres y creencias de cada núcleo familiar.

Los factores de riesgo originan que las adolescentes vivan un proceso de embarazo poco o nada reconfortante debido a las diversas problemáticas en las que pueden estar inmersas como las experiencias negativas con su familia, la pareja, con personas que las rodean o experiencias poco agradables relacionadas con su embarazo donde como la falta de apoyo, comunicación y cuidados.

Siendo así, que el proceso de salud-enfermedad en las jóvenes embarazadas puede ser considerado como un determinante social, por lo que, hablar de embarazo en adolescentes es tomar en cuenta también las implicaciones de orden biológico, psicológico y social que envuelve a las jóvenes (Mejía, Laureano, Gil, Ortiz, Blackaller y Benítez, 2015; Blázquez, Torres, Pavón, Gogeochea y Blázquez, 2010)

Es sabido por autores como Chamorro, Padilla, Gómez y Quintero (2016) y Flores, Nava y Arenas (2017) que la salud biológica y emocional de la madre adolescente la llevará a una etapa emocional de crisis donde deben asumir un rol materno para el cual no han adquirido la madurez emocional, la independencia económica y una autonomía, así como un futuro incierto, la interrupción de su desarrollo humano, un cambio en su proyecto de vida, el no continuar con sus estudios, entre otros.

Por tanto, hablar de salud durante el proceso de embarazo no solo es referente a la salud física sino a todo lo que conlleva el tema de forma general, es por esto, que se debe poner mucho interés y énfasis en el cuidado y trabajo de la salud de las jóvenes por parte de la familia, centros de salud, instituciones educativas y sociedad en general.

Parte importante de que las adolescentes tengan una buena salud está ligado con el acceso a los centros de salud y por ende a la información que les ofrecen en sus citas prenatales así como tomarse los medicamentos, lo que demuestra que las adolescentes al tener una buena experiencia durante su proceso de embarazo ayudará a que tengan una mejor salud emocional, física y mental al atender su salud de manera general durante su embarazo lo cual, les permite tener un proceso de embarazo más tranquilo haciendo sus rutinas diarias de manera normal, sin presentar estrés, ansiedad u otro factor que altere su salud. Lo anterior lo refuerzan los autores Aguilera y Soothill (2014) al mencionar que el control prenatal interviene al identificar y modificar los riesgos médicos, de comportamiento y psicosociales con el objetivo de cuidar la salud de la mujer u obtener un resultado perinatal que cuide la salud de la madre y el bebé a través de la prevención, en el manejo de la historia familiar, genética, estado nutricional, ingesta de ácido fólico, los factores ambientales, el trato en los centros de salud, entre otros para optimizar el control prenatal.

Si bien, existen jóvenes que mencionaron tener una buena salud física y emocional durante su embarazo porque cuentan con la información y el apoyo necesario para lo mismo, hay otras que sí tienen la información, pero aún así

descuidan su salud al hacer caso omiso a las consecuencias que se pueden desencadenar.

Que las adolescentes tengan mayor conciencia de asistir a sus citas médicas y a cuidar su salud en general dependerá de cada joven y sus formas de vida ya que en ocasiones la misma familia o parejas no las apoyan en que reciban los cuidados necesarios para llevar un proceso de embarazo con una salud física y mental.

En la mayoría de las ocasiones las adolescentes que participaron en la investigación mencionaron que tener un bebé a temprana edad era parte de su proyecto de vida. En muchas ocasiones este tipo de casos, se debe a que las adolescentes ven la maternidad como finalidad y como un evento deseado. Por tanto, cualquiera que sea el caso, las decisiones que tomen las adolescentes acerca de su futuro, estará regulado por factores personales como el autoconcepto, factores sociales como el apoyo de la familia, de la pareja, la escuela, entre otros.

Un proyecto de vida se refiere a lo que una persona se propone hacer en diversas áreas a través del tiempo con la finalidad de desarrollarse. El camino para lograrlo comenzará en la etapa de la adolescencia ya que, los y las jóvenes van formando su identidad, quiénes son y qué quieren hacer. En el caso de las adolescentes embarazadas, la maternidad puede influir, por un lado, en ser un quiebre de expectativas que su entorno tenía para ellas generando sentimientos de tristeza, frustración, angustia y miedo, adentrándose en su condición de maternidad, sin abrirse a otras posibilidades de desarrollo y, por el contrario, habrá jóvenes que sientan una satisfacción al tener hijos(as) siendo esto el propósito de su proyecto de vida (Salvatierra, Aracena, Ramírez, Reyes, Yovane, Orozco, Lesmes y Krause 2005).

El proyecto de vida puede estar relacionado con aspectos enfocados a no lograr los objetivos que se planteen las adolescentes desde un principio debido a que se embarazan a temprana edad como el continuar con sus estudios. Algunas de las jóvenes mencionaron que no les gustaba estudiar por lo cual interrumpieron sus estudios y otras dijeron que el estar embarazadas las orilló a dejar los estudios

y enfocarse en su maternidad, lo cual, dependerá de cada estilo de vida y de las razones del porqué dejaron de estudiar o desearían retomar sus estudios.

La decisión de seguir o no estudiando está relacionado con los planes que tengan las adolescentes para el resto de su vida ya que, al considerar regresar a estudiar, lo pueden vincular con el darles una mejor calidad de vida a sus hijos(as) con base a una preparación y así la posibilidad de un mejor trabajo para mantenerlos y, por otro lado, algunas jóvenes dijeron sólo anhelar ser madres y tener una familia, lo que puede estar relacionado con su proyecto de vida.

Algo similar a lo anterior, plasma la autora Climent (2002) en su investigación, al mencionar que las expectativas de las adolescentes en cuanto a proyectos de vida se ven reflejadas en la maternidad, los estudios, la independencia, entre otros. Estas expectativas tienen que ver con la formación de la pareja, el reconocimiento de los hijos, con el bienestar económico y del bebé. Se puede pensar que para algunas jóvenes tener un hijo no es un proyecto sino un hecho que detiene a seguir estudiando, pero por otro lado, la mayoría de las adolescentes dejan los estudios antes de embarazarse, lo que lleva a pensar que estudiar no es un valor de primer orden y que el embarazo no es un obstáculo. Por tanto, la decisión de sostener un proyecto de vida de las adolescentes en donde este involucrado estudiar, se entrelaza con temas de género, expectativas de un mejor futuro, experiencias de fracaso escolar propias y las diferencias económicas.

Por tanto, el proyecto de vida de cada adolescente dependerá de su forma de vida, mentalidad, crianza, creencias y deseos que ellas mismas tengan para su futuro ya sea seguir estudiando, tener una casa o formar una familia estable para sus hijos(as), lo cual, se puede pensar que se relaciona con sus propias vivencias durante su infancia y adolescencia y que al carecer de ciertos aspectos como el emocional y económico en sus vidas, quieren evitar cualquier tipo de patrón negativo con sus futuros hijos(as).

Por último, el estado civil de las jóvenes, es un componente importante al referirnos al apoyo emocional y económico que podrían tener de sus parejas, al no estar ellos presentes, las jóvenes buscan sus propias formas de salir adelante económicamente, aunque en la mayoría de los casos cuentan con la ayuda de sus

padres. Al no contar con el apoyo de su pareja tendrán que trabajar solas en la educación y crianza de sus hijos(as) buscando el apoyo principalmente en su familia o en terceras personas, dependiendo el caso. Por tanto, podría pensarse que al llevar una crianza solas tuvieron que abandonar la escuela para dedicarse tiempo completo a la maternidad y a tareas del hogar, impidiendo en su mayoría retomar sus estudios. Esto es similar a lo encontrado en la investigación de Jiménez (2003), donde menciona que las madres que llevan o llevarán la crianza sola de sus hijos(as) no subestiman lo complicado que su situación resulta en muchos aspectos al estar sin el apoyo de la pareja, pero por otro lado, creen ser capaces de extraer lo positivo de la situación.

No es de extrañar, sabiendo ahora las condiciones reales que las mujeres sin apoyo de la pareja afrontan un sentimiento de mucha responsabilidad como el de sustentar a sus familias con recursos escasos y condiciones laborales precarias, de organizar el cuidado de hijas e hijos haciendo frente por sus propios medios incluso a las situaciones imprevistas; de tomar decisiones sobre la educación de niños y niñas sin ayuda, entre otros. Pero todo esto parece que también, en algunos casos, las hace percibirse como más competentes, más seguras de sí mismas y más independientes (Jiménez, 2003).

CONCLUSIONES

La maternidad a una edad temprana, cambiará el estilo de vida de las y los adolescentes quienes están inmersos(as) a experimentar nuevas vivencias al ser padres. Las adolescentes dejarán de lado en muchas ocasiones sus estudios para enfocarse en actividades relacionadas con la crianza y actividades del hogar, por otro lado, el padre se tendrá ahora que enfocar en sacar adelante a su familia la mayoría de las veces desde la parte económica lo que propicia que pasen la mayor parte del tiempo en el trabajo dejando también de lado sus estudios y su rol en la crianza de los hijos(as).

Aunado a la crianza está la información que las adolescentes en este caso, reciban, puede concluirse con la investigación que falta más interés por parte de las instituciones de salud y educativas en proporcionar información en temas relacionados con la sexualidad, sobre el acompañamiento en el plan de vida, en temas de orientación vocacional, acompañamiento en el parto y el mejoramiento de la dinámica familiar. Pareciera importante entonces, enfocar los objetivos de programas y planes de salud referentes a la población adolescente, específicamente en la reducción de embarazos no deseados y, principalmente en el fortalecimiento de condiciones objetivas y subjetivas para la toma de decisiones respecto a la planificación del mismo sea pensada y constituya parte del proyecto de vida para la adolescente y su pareja. Un camino para lograr esto, sería trabajar en los factores de protección promoviendo la participación social en los procesos de gestación de acciones sanitarias, educativas, preventivas de modo que las y los jóvenes, sus familias y las instituciones intervengan en identificar los problemas, en el diseño y práctica de propuestas para su solución.

El papel de la familia y la comunicación de esta con las y los adolescentes, será un factor de protección esencial para que las y los jóvenes cuenten con la información sobre lo que conlleva un embarazo a temprana edad o para aquellas que ya están embarazadas, tengan la ayuda y el apoyo emocional de sus familias para sobrellevar su proceso de embarazo.

Es importante tomar en cuenta al y la adolescente como seres integrales, tomando en cuenta la intervención en los factores de riesgo a los que se exponen,

tratando de maximizar los factores protectores por encima de factores internos como la personalidad, la influencia de las relaciones con sus pares o la carencia de comunicación familiar que seguirán exponiendo a las y los adolescentes a situaciones de riesgo.

El embarazo adolescente nunca será una situación aislada, sino un problema complejo y multicausal que resulta de varios factores. Por tanto, cualquier intervención para su prevención trasciende las acciones del sistema de salud y requiere involucrar acciones psicosociales, comunitarias y educativas es por esto, que el rol de las instituciones de salud en el cuidado de la salud de la embarazada es primordial para desempeñar estrategias de atención más cordiales y de motivación e información para que las adolescentes acudan a sus citas de atención médica principalmente a las prenatales.

Por tanto, teniendo en cuenta los resultados de la investigación, podría pensarse que, para lograr la meta de mejora de salud de esta población, se deberían enfocar en la atención en la promoción, la reducción de riesgos y fomentar los factores protectores de la salud para evitar cualquier situación de violencia o maltrato a las que puedan estar inmersas las adolescentes.

Tal es el caso del maltrato prenatal, el cual, debe ser tomado en cuenta para futuras investigaciones por los profesionales de la salud ya que es un tipo de maltrato que no solo afecta a la adolescente sino también al feto directamente teniendo relación con la falta de cuidados físicos y emocionales, incluso, que la adolescente no reciba un buen trato por el personal de salud ya es considerado parte de este tipo de maltrato ya que afecta el estado emocional de la embarazada y así automáticamente al feto, al igual, que las adolescentes embarazadas sean violentadas física o verbalmente por sus familias y por su pareja afectará su estado de embarazo. En la mayoría de los casos, la falta de información sobre este tema podría llevar a que las adolescentes durante su embarazo no conozcan los cuidados que deben tener, exponiéndose a factores de riesgo que hagan que descuiden su salud física y emocional y por ende su embarazo, lo que ya es considerado maltrato prenatal.

Trabajar este tema e interactuar con adolescentes requiere una actitud cordial, positiva y libre de prejuicios viendo a la adolescencia no como un problema sino como una etapa de desarrollo con patrones comunes, la influencia de factores psicológicos, socioeconómicos y culturales.

Finalmente se desea resaltar la importancia de seguir abordando este tema de investigación para llegar a comprender a los padres y madres adolescentes, proyectando la creación de futuros programas de orientación para esta población que se encuentra impactada frente a las transformaciones que implican el hecho de iniciar su paternidad/maternidad a temprana edad, lo anterior teniendo en cuenta todos los sistemas que rodean al joven para llegar a intervenir de una forma integral a los padres/madres adolescentes.

Limitaciones y recomendaciones

La información obtenida durante la realización de esta investigación permite efectuar las siguientes recomendaciones:

- ❖ Realizar futuras investigaciones en las que se establezca la relación con determinantes de salud y la planificación del embarazo en las adolescentes incluyendo a la familia, la comunidad, la escuela, los amigos, las redes de apoyo, entre otros centrándose en los factores protectores como la disminución del embarazo.
- ❖ Impartir una educación sexual integrada al sistema educacional implementando e incrementando estrategias de educación y promoción en salud orientadas al tema de salud sexual y reproductiva.
- ❖ Ofrecer servicios o espacios institucionales integrales de salud que brinden atención amigable, accesible y equitativa a través de profesionales formados para atender a este grupo poblacional específicamente, potenciando la participación de la sociedad.

- ❖ Crear un nuevo marco conceptual que vincule conceptos de derecho, desarrollo y salud que sean base para construir planes, programas y políticas de salud integrales en cuanto a la salud reproductiva de los adolescentes.
- ❖ Realizar un trabajo en conjunto y articulado entre salud y educación para crear espacios de consejería en salud sexual y reproductiva en instituciones educativas a cargo de profesionales competentes y con metodologías participativas y cercanas a las adolescentes.
- ❖ Ampliar la inclusión y permanencia de la población adolescente en los programas de planificación familiar sobre todo en grupos de mujeres con mayor grado de vulnerabilidad.
- ❖ Promover la interacción y el diálogo entre adultos y adolescentes principalmente en el entorno familiar, con una nueva forma de vincularse comprendiendo a los y las adolescentes como sujetos de derechos, haciendo la comunicación un medio importante para la solución de problemas y para evitar factores de riesgo que puedan propiciar un embarazo a temprana edad y un maltrato prenatal.
- ❖ Sensibilizar y educar a la juventud y personas que forman parte de la vida de la y el adolescente sobre la violencia y el maltrato antes, durante y después del embarazo, principalmente el maltrato prenatal.

Algunas de las limitaciones que se tuvieron durante la investigación son las siguientes:

1. A causa de la contingencia COVID-19 no fue posible llevar a cabo el taller “Caminando Juntas” con las alumnas del Colegio de Bachilleres Plantel Tarímbaro ni con las adolescentes internas del Hospital Civil de Morelia.
2. Al cerrar el Colegio de Bachilleres Plantel Tarímbaro y el tener acceso limitado al Hospital Civil de Morelia debido al COVID-19, no se pudieron aplicar más entrevistas de manera presencial lo que limitó el número de participantes.
3. Por causa del COVID-19 se canceló un intercambio académico por un mes en la ciudad de Santiago de Chile al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA) para trabajar la parte de marco teórico de la presente investigación.
4. Debido a la contingencia de COVID- 19 se optó por realizar cuestionarios de Google para contar con más participantes y agilizar el proceso de recolección de información.

REFERENCIAS

- Acosta, E., y Cárdenas, M. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(4), 371-374.
- Aguilar, E., y Acle, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Aguilar, R., Nazar, B., Salvatierra, I., Mariaca, M., y Estrada, A. (2006). Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. *Población y salud en Mesoamérica*, 4(1), 1-10.
- Aguilera, P., y Soothill, M. (2014). Control Prenatal. *Rev. Med. Clin. CONDES*, 25(6), 880-886.
- Aguirre, B. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria. Recuperado de https://www.academia.edu/12005926/Psicolog%C3%ADa_de_la_adolescencia_Angel_Aguirre_Bastan
- Aguirre, G., Aldana, P., y Bonilla, I. (2016). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 3-9.
- Alarcón, R., Coello, J., Cabrera, J., y Monier, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de enfermería*, 25(1), 1-14.
- Albornoz, N., Arenas, V., Fernández, M., Martínez, M., y Mora, K. (2019). Conocimiento, práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes en la frontera del departamento Norte de Santander. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(1), 97-105.
- Alderete, J., Juárez, S., Sánchez, G., Durán, J., Hernández, S. y Tellez, M. (2012). Autoestima y depresión en adolescentes embarazadas. *Desarrollo científico de enfermería*, 20(2), 42-45.

- Alonso, M. J., Bedoya, J. M., Cayuela, A., Dorado, M. I., Gómez, M. C., y Hidalgo, D. (2004). Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 47(11), 511-520.
- Alvarado, L., e Infante., S. (2010). *Mujer y educación. Adolescentes embarazadas*: Congreso Iberoamericano de Educación.
- Álvarez C., Pastor G., Linares M., Serrano J., y Rodríguez L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 497-503.
- Álvarez, V., Muñoz, G., Chacón, P., y Gómez, C. (2017). Evaluación del apego a la Guía Práctica Clínica de control prenatal en adolescentes en una unidad de medicina familiar de Morelia Michoacán, México. *Atención Familiar*, 24(3), 107-111.
- Amorín, D. (2008). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Montevideo: Editorial Psicolibros-Waslala.
- Ananía, M. (2011). *Taller psicoeducativo para prevenir la repitencia en 1º año del instituto IPEM, Cura Brochero* (Tesis de licenciatura. Universidad Empresarial Siglo 21). Recuperado de https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10535/Taller_psi_coeducativo_para_prevenir_la_repitencia_en_1%C2%B0_a%C3%B1o_del_Instituto_IPEM_Cura_Brochero.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Andréu, J. (2001). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Documento de trabajo S, 2001*, 377-400.
- Arana, A., Martínez, R., y Rosales, C. (2013). *Factores que predisponen los embarazos en las adolescentes* (Tesis para la obtención del título de Licenciada en enfermería). Universidad Nacional de Cuyo Mendoza Argentina. Recuperado de http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/68/1/T102_47799237_T.pdf
- Arriaga, C., Valles, M., Zonana, A., y Menchaca, R. (2010). Embarazo en adolescentes migrantes: características sociodemográficas, ginecoobstétricas y neonatales. *Gaceta Médica de México*, 146(3), 169-174.

- Atienzo, E., Campero, L., Lozada, L., y Herrera, C. (2014). Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública de México*, 56(3), 286-294.
- Audi, C. F., Correa, A. S., Latorre, M. D., & Santiago, S. M. (2008). The association between domestic violence during pregnancy and low birth weight or prematurity. *Jornal de pediatria*, 84(1), 60-67.
- Awuapara, S., y Valdivieso, M. (2013). Características bio-psicosociales del adolescente. *Odontol. pediatr.(Lima)*, 119-128.
- Baeza, B., Póo, M., Vásquez, O., Muñoz, S., y Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 76-81.
- Barbosa, J., y Modena, M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(1), 2-12.
- Baros, A., Bravo D., Camus, V., Nostroza, T., Roblero, J., Román D., Salazar, E., Suárez, R., Tabilo, C., Varela, C. y Villanueva, C. (2016). Taller de Salud Mental: Programa Psicoeducativo dirigido a comunidad de adultos jubilados de una institución de gendarmería. *Horizontes Enfermería*, 27(1), pp. 79-87.
- Becerro, M. (2008). Las hormonas esteroideas sexuales, el envejecimiento y el ejercicio. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 1(1), 22-36.
- Behar, R. (2008). *Metodología de la Investigación*. SHALOM.
- Barrera, F., e Higuera, L. (2004). Embarazo y fecundidad adolescente. *Fedesarrollo*, 24(1), 3-23.
- Benaiges, J. (2018). *Características de la Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adolescentes*. (Tesis de grado). Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado de <http://rpsico.mdp.edu.ar/bitstream/handle/123456789/723/Benaiges%20-%20Forte.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Benard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd.
- Bijarro, H. (2008). *Desarrollo Estratégico para la Investigación Científica*. Eumed.net.

- Bisquerra, R. (2007). La educación emocional para la convivencia. *Educación para la convivencia intercultural*. Madrid: La Muralla.
- Blanco, L., Cedre, O., y Guerra, M. E. (2015). Factores determinantes del embarazo adolescente. *Odontología pediátrica*, 14(2), 109-119.
- Blasco, C. (2012). Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del adolescente resistente y las competencias emocionales asociadas. *Àmbit social i criminològic*, 1(1), 1-28.
- Blázquez, L., Torres, A., Pavón, P., Gogiascoechea, M., y Blázquez, R. (2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, 16(1), 883-890.
- Blázquez, M. (2012). Embarazo adolescente. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 3(1), 1-8.
- Bodai, B., & Tusso, P. (2015). Breast Cancer Survivorship: A Comprehensive Review of Long-Term Medical Issues and Lifestyle Recommendations. *The Permanente Journal*, 19(2), pp. 48-79.
- Bringiotti, I. (2005). Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(1), 78-85.
- Briozzo, G., Perego, M., y Moirón, M. (2007). Uso adecuado del ensayo de gonadotropina coriónica humana en el diagnóstico de embarazo. ¿Sangre u orina?. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 26(2), 79-83.
- Cáceres, D. M. (2009). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 60(2), 165-170.
- Calderón, J., y Alzamora, L. (2006). Influencia de las relaciones familiares sobre el aborto provocado en adolescentes. *Revista de Medicina experimental y Salud pública*, 23(4), 247-252.
- Calle, A., Restrepo, R., y Valencia, M. (2020). Incidencia del maltrato prenatal en el desarrollo infantil: una revisión bibliográfica. *Tempus Psicológico*, 3(1), 207-229.
- Campbell, J., García, C., & Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence against women*, 10(7), 770-789.

- Cano, G., Rodríguez, M., Borrell, C., Pérez, M., y Salvador, J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta sanitaria*, 20, 25-30.
- Carreón, J., Mendoza, H., Pérez, C., Gil, I., Soler, E., y González, R. (2004). Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes. *Archivos en medicina familiar*, 6(3), 70-73.
- Carrillo, S., y Manzanero, R. (2018). Identificación de factores de riesgo y perspectivas de las adolescentes respecto al embarazo, sexualidad y anticoncepción. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(4), 268-278.
- Casió, M., Pros, C., De Mur, L., Gómez, Q., Lahoz, G., Marco, F., y Mas, C. (2007). *Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón desde los servicios sociales comunitarios*. Recuperado de <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/MALTRATO-2007-Guia-serviciosociales.pdf/76f34b38-735c-2e6c-d8d2-970ebd4fd5bd>
- Castro, R., Peek, C., & Ruiz, A. (2003). Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1110-1116.
- Castro, R., Ruiz, A., Arenas, L., Juárez, S., y Barrios, N. (2002). Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social: un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad. *Papeles de población*, 8(31), 243-266.
- Cataño, D., Restrepo, A., Portilla, D., y Ramírez, D. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: validación de una escala. *Investigaciones andina*, 10(16), 57-66.
- Ceballos, G., Camargo, K., Jiménez, I., y Requena, K. (2011). Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas en la comuna 5 de Santa Marta (Colombia). *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 29-38.
- Cervantes, P., Delgado, G., Nuño, O., Sahagún, N., Hernández, J., y Ramírez, K. (2016). Prevalencia de violencia intrafamiliar en embarazadas de 20 a 35 años de una unidad de medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(3), 286-291.

- Chamorro, E., Padilla, S., Gómez, M., y Quintero, L. (2016). Percepción del estado de salud y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes embarazadas. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24(1), 45-50.
- Climent, I. (2002). El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires. *La Ventana*, 15(3), 313-355.
- Coll, A. (2001). Embarazo en la adolescencia ¿cuál es el problema?. *Adolescencia y juventud en América Latina*, 14(2), 425-445.
- Colom, B., y Fernández, M. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235-242.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2016). *Embarazo en adolescentes y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de México*: CDHDF.
- Consejo Nacional de Población. (2016). *Situación de la salud sexual y reproductiva*. México: CONAPO.
- Contreras, H., Mori, E., Hinostroza, D., Yancachajlla, M., Lam, N., y Chacón, H. (2013). Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30, 379-385.
- Cuevas, S., Blanco, J., Juárez, C., Palma, O., y Valdez, R. (2006). Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 239-249.
- Cuevas, A., Olvera, G., y Chumacera, L. (2005). Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43(3), 267-271.
- De la Cuesta, C. (2006). La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, 20(2), 136-140.

- Deza, V. (2015). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes en situación de pobreza de Instituciones Educativas en Villa El Salvador. *Avances en Psicología*, 23(2), 231-240.
- Díaz, L., Cáceres, F., Becerra, C., Pérez, L., y Uscátegui, A. (2000). Causas y determinantes de la mortalidad perinatal, Bucaramanga, 1999. *MedUNAB*, 3(7), 5-16.
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167.
- Donas, B. (2001). *Adolescencia y juventud: Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio*. Cartago: Libro Universitario Regional
- Doubova, V., Pámanes, V., Billings, L., y Del Pilar, L. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 582-590.
- Duarte, R., García, R., Rodríguez, C., y Bermúdez, J. (2016). Las prácticas de crianza y su relación con el vínculo afectivo. *Revista Iberoamericana de Psicología: ciencia y tecnología*, 9(2), 113-124.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J., & Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social science & medicine*, 51(11), 1595-1610.
- Espinoza, L., Guamán, N., y García, S. (2016). *Consecuencias psicológicas y socioeconómicas en las adolescentes embarazadas atendidas en el área de gineco-obstetricia del centro de salud de Biblián, Cañar 2015*. (Tesis para la obtención del título de Licenciada en Enfermería). Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Enfermería. Cuenca, Ecuador. Recuperado de <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23528/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
- Fajardo, F., y Olivas, R. (2010). Abuso fetal por consumo materno de drogas durante el embarazo. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 27(1), 9-15.

- Farid, M., Saleem, S., Karim, M., & Hatcher, J. (2008). Spousal abuse during pregnancy in Karachi, Pakistan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 101(2), 141-145.
- Fierro, A., García, M., Martí, E., y Onrubia, J. (2005). *Psicología del desarrollo: El mundo adolescente*. Barcelona: Norsori.
- Florenzano, R., y Valdés, M. (2005). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Ediciones UC.
- Flores, E., Nava, G., y Arenas, L. (2017). Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 374-378.
- Flórez, E., y Soto, E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. *Colombia: Profamilia*. Recuperado de <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5>.
- Francés, F. (2011). La protección del feto maltratado. *Gac. Int. Forense*, 12(2), 1-3.
- Fullana, N. (1998). La búsqueda de factores protectores del fracaso escolar en niños en situación de riesgo mediante un estudio de casos. *Revista de investigación educativa*, 16(1), 47-70.
- Galimberti, D. (2015). *Violencia obstétrica*. Recuperado de http://www.fasgo.org.ar/images/Violencia_obstetrica.pdf
- Galindo, J. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Pearson Educación.
- Gamboa, C., y Valdés, S. (2013). *El embarazo en adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas*. México: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis.
- García, M. (2003). *El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación*. Recuperado de http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf.
- García, G., Campistol, M., López, Á., Morcillo, B., y Mur, S. (2018). Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. In *Anales de Pediatría*, 88(3), 150-159.

- García, R., Almaguer, G., y Vargas, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las Instituciones de Salud. *Género y salud en Cifras*, 8(3), 4-20.
- García, T., Miret, P., Cabré, F., Flaquer, L., Berg, K., Roca, G., Elzo, J., y Laila, J. (2011). *El adolescente y su entorno en el siglo XXI*. Instantánea de una década. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu.
- Gruezo, B. (2017). *¿Cómo y hasta qué punto la psicoeducación en docentes de la Universidad de San Francisco de Quito-USFQ influye en los procesos de inclusión educativa de sus estudiantes con discapacidad visual total?* (Tesis para la obtención del título de Psicóloga Clínica). Universidad de San Francisco de Quito USFQ. Recuperado de <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6954/1/135976.pdf>
- Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. (2015). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en adolescentes.
- Gobierno de México. (2019). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA). Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/559766/informe2019-enapea.pdf>.
- Goldberg, L., Rogol, A., y Sonksen, P. (2009). Hormona del crecimiento: Uso y abuso. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(6), 1.
- Gomes, C., y Ribeiro, T. (2009). Análisis de contenido en investigaciones que utilizan la metodología clínico-cualitativa: aplicación y perspectivas. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17(2), 17-22.
- González, B., y Estupiñán, A. (2010). Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. *Investigación y educación en enfermería*, 28(3), 396-404.
- González, E., y Molina, T. (2007). Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(6), 374-382.
- Güemes, M., Ceñal, M. J., y Hidalgo, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 21(4), 233-244.

- Gutiérrez, Y., Marín, Á., y Molina, P. (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(7), 60-66.
- Guía de prevención del embarazo en adolescencia en Guatemala. (02 de Marzo de 2021). *Prevenir con educación*. Recuperado de <https://www.paho.org/gut/dmdocuments/GUIA%20DE%20PREVENCION%20EMBARAZO.pdf>
- Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: Una oportunidad para la prevención en salud mental*. Recuperado de www.psicologia.academia.cl/documento3
- Herrera, K., y Ruiz, V. (2010). Conocimientos actitudes y prácticas de las causas y consecuencias del embarazo en las adolescentes. *Ibarra*, 1(23), 12-24.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Hidalgo, V., y Ceñal, G. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42-46.
- Horrocks, E. (2001). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Hurlock, B. (1971): *Psicología de la adolescencia*: Editorial Paidós.
- Husserl, E. (2013). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica. Libro primero: Introducción general a la fenomenología pura*. México: FCE.
- Iglesias, D. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 17(2), 88-93.
- INEGI. (13 de agosto de 2014). *INEGI*. Obtenido de Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2014/>.
- INEGI. (13 de agosto de 2014). *INEGI*. Obtenido de Encuesta Intercensal 2015: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf

- Instituto Nacional de las Mujeres. (2017). *Familias y sexualidades. Prevención del embarazo en adolescentes*. Recuperado de http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap_06.html
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2019). *La violencia en la atención obstétrica*. Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/BoletinN4_2019.pdf
- Jenson, M., & Fraser, W. (2006). *A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. Social policy for children & families: A risk and resilience perspective*. SAGE.
- Jiménez, I. (2003). Ser madre sin pareja: circunstancias y vivencias de la maternidad en solitario. *Portularia*, 3(1), 161-178.
- Jiménez, M., Peralta, C., Hinojosa, G., García, G., Castillo, M., y Miranda, P. (2012). Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. *CIENCIA-UANL*, 15(57), 81-92.
- Juárez, E. (2017). *Informe grupo Estatal para la prevención del embarazo adolescente Michoacán 2017*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/323897/MICHOACaN_Informe_GEPEA_2017.pdf.
- Kalawski, P., y Haz, M. (2003). Y. ¿Dónde está la resiliencia? una reflexión conceptual. *Interamerican journal of psychology*, 37(2), 365-372.
- Kaye, K., Mirembe, M., Bantebya, G., Johansson, A., & Ekstrom, M. (2006). Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Tropical Medicine & International Health*, 11(10), 1576-1584.
- León, A., Loredó, A., Trejo, J., López, G. E., y García, C. A. (2007). Maltrato fetal: expresión clínica del recién nacido de madres víctimas de violencia física durante el embarazo. *Acta Pediátrica de México*, 28(4), 131-135.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec*, 5(1), 42-51.
- Liwski, N. (2005). El adolescente, sujeto de derechos. *Anales de la Educación Común*, 1(2), 151-156.

- Llanes, N. (2012). Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva. *Sociológica (México)*, 27(77), 235-266.
- Llanos, S., y Llovet, M. (2019). Factores que influyen en el embarazo de adolescentes. *FACSALUD-UNEMI*, 3(4), 36-42.
- López, F. (2002). El análisis de contenido como método de investigación. *XXI Revista de Educación*, 4(1), 167-179.
- Loredo, A., García, C., y Monroy, A. (2004). Abuso fetal: una condición infamante. *Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos*, 12(2), 150-69.
- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., González, J., y Gutiérrez, J. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-229.
- Martínez, C., Campos, M., Córdoba, Á., Salcedo, A., y Aguirre, H. (2010). Motivos de quejas registradas en CONAMED en la adolescente embarazada. *Revista CONAMED*, 15(1), 22-28.
- Madrid, G., Hernández, C., Gentile, A., y Cevallos, P. (2019). Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 7(1), 39-47.
- Martínez, A. y Vázquez, G. (2011). *Taller psicoeducativo para fortalecer el desarrollo del aprendizaje estratégico en adolescentes de 3º de secundaria: Un estudio del proceso de su diseño instruccional*. (Tesis de pregrado). Universidad Pedagógica Nacional, México. Recuperado de <http://200.23.113.51/pdf/27931.pdf>
- Masten, S., & Powell, L. (2003). *A Resilience Framework for Research, Policy. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Mejía, L., Laureano, J., Gil, E., Ortiz, C., Blackaller, J., y Benitez, R. (2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 66(4), 242-252.

- Mendoza, W., y Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(3), 471-479.
- Menkes, C., y Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*, 9(35), 233-262.
- Mercáu, A. (2015). Maltrato infantil: los derechos del feto. *Rev. Asoc. Méd. Argent*, 128(3), 3-4.
- Meza, M., Salgado, M., Rodríguez, S., Naranjo, C., Perea, M., y Obando, N. (2001). Violencia física y psicológica contra la mujer embarazada. *Investigación y Educación en Enfermería*, 19(1).
- Ministerio de Educación Nacional. (2012). Fundamentos pedagógicos 2012 – 2014. Programa de Competencias Ciudadanas. Colombia.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2013). *Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia*. MPPS.
- Molero, M., Sospedra, A., Sabater, B., y Plá, M. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 511-520.
- Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V., y García, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica de Chile*, 132(1), 65-70.
- Monroy, C. (2001). *La formación de los valores en los adolescentes*. México: Panorama.
- Mora, M., y Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(05), 294-301.
- Mora, S., Piñero, M., Martínez, M., Fernández, B., Martínez, D., y Maso, B. (2011). *Desarrollo Adolescente y Derechos Humanos*: UNICEF.
- Morlachetti, A. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. *Notas de población*.

- Morales, E., Ayala, I., Morales, F., Astorga, M., y Castro, A. (2018). Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos de desarrollo sostenible. *Revista de especialidades médico-quirúrgicas*, 23(2), 61-86.
- Moyeda, X., Sánchez, M., Cervantes, M., y Vega, A. (2013). Relación entre maltrato fetal, violencia y sintomatología depresiva durante el embarazo de mujeres adolescentes y adultas: Un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 23(1), 83-95.
- Muñoz, J., y Sahagún, M. (2017). Hacer análisis cualitativo con Atlas. ti 7. *Manual de uso*. Recuperado de <http://manualatlas.psicologiasocial.eu/atlasti7.pdf>.
- Nannini, A., Lazar, J., Berg, C., Banger, M., Tomashek, K., Cabral, H., & Kotelchuck, M. (2008). Physical Injuries Reported on Hospital Visits for Assault During the Pregnancy- Associated Period. *Nursing Research*, 57(3), 144-149.
- Nóblega. (2009). La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. *Revista de psicología*, 27(1), 29-55.
- Núñez, M., Hernández, B., García, C., González, D., y Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45(1), 92-102.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). *Informe mundial sobre violencia y salud*: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Protocolo de Atención Prenatal en Atención Primaria de la Salud*: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Guía para obstetras y médicos. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*: OPS.
- Ortega, E., y Díaz, G. (2012). *Talleres psicoeducativos para favorecer el proyecto de vida en un grupo de adolescentes residentes en la vereda Guatiguará*. (Tesis de especialización, Universidad Autónoma de Bucaramanga). Recuperado de https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1820/2012_Tesis_Vera_Quintero_Jose_Leonidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.

- Padilla, B., Vega, R., y Rincón, C. (2014). Teoría fundamentada y sus implicaciones en investigación educativa: el caso de Atlas. *ti. Revista de investigaciones UNAD*, 13(1), 23-39.
- Padilla, S. (2016). *Violencia intrafamiliar durante el embarazo y su asociación con el número de atenciones prenatales en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal, febrero-marzo 2016*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4962/Padilla_sb.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Panduro, G., Jiménez, M., Pérez, J., Panduro, G., Peraza, M., y Quezada, A. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México*, 80(11), 694-704.
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Pasqualini, D., y Llorens, A. (2010). *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*. Argentina: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, 25-78.
- Perales, T., Cripe, M., Lam, N., Sanchez, E., Sanchez, E., & Williams, A. (2009). Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence against women*, 15(2), 224-250.
- Pérez, M. (2015). *Guía de atención al adolescente*, España: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.
- Pérez, G., Flores, L., García, C., Loredó, A., Trejo, J., y Casimiro, A. (2015). Consideración del problema de maltrato infantil en los planes de estudio de medicina y de especialidades médicas en México. *Acta pediátrica de México*, 36(2), 61-71.
- Pérez, J., y Merino, M. (2010). Definición de protección. Recuperado de <https://definicion.de/proteccion/>.

- Pérez, M., López, G., y León, A. (2008). Violencia contra la mujer embarazada: un reto para detectar y prevenir daño en el recién nacido. *Acta Pediátrica de México*, 29(5), 266-271.
- Pérez, P., y Santiago, A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2(3), 15-23.
- Picornell, A. (2016). La imagen del niño y del adolescente como sujeto de derecho ante situaciones de pobreza. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, 17(2), 203-218.
- Ponce, E. (2013). Maternidad en la Adolescencia. Perspectiva Social y Psicoanalítica. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 56(1), 67-76.
- Quelopana, V., Dimmitt, C., y Salazar, G. (2007). Factores psicosociales que influyen el inicio del control prenatal. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 15(3), 102-106.
- Quintero, P. (2016). Caracterización de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia en el Policlínico Universitario " Pedro Borrás Astorga". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(3), 262-273.
- Quintero, R., y Rojas, B. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44(1), 222-237.
- Quiroga, S. (2004). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*, Buenos Aires, Eudeba.
- Ramírez, E., y Vizcaíno. (2020). La psicoeducación y su alcance para el desarrollo de adultos en el contexto laboral. *Didasc@ lia: Didáctica y Educación*, 11(6), 107-123.
- Ramírez, M., Gómez, C., Villarreal, Z., García, J., Rodríguez, I., Rosas, H., y Flores, M. (2013). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina universitaria*, 15(59), 64-72.
- Ramos, G., Barriga, M., y Pérez, M. (2009). Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal. *Ginecología y Obstetricia de México*, 77(07), 311-316.

- Ramos, Y., y Borges, D. (2016). Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(4), 1-11.
- Rangel, L., Valerio, L., Patiño, J., y García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 47(1), 24-27.
- Real Academia Española (2001). Voz Adolescencia. *Diccionario de la lengua española*, Vigésima segunda edición.
- Rincón, G. (2014). Preguntas abiertas en encuestas ¿cómo realizar su análisis?. *Comunicaciones en estadística*, 7(2), 139-156.
- Rodríguez, G. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina upb*, 27(1), 47-58.
- Rodríguez, G., Gil, F., y García, J. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe, 83-95.
- Rosales, G., e Irigoyen, A. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Atención Familiar*, 20(4), 101-102.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., y Lewintal, J. y Surís., C.(2001). La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. *Manual de salud reproductiva en la adolescencia*, 27-84.
- Rutter, M. (2003). *Genetic influences on risk and protection: Implications for understanding resilience. Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Salazar, A., Acosta, M., Lozano, N., y Quintero, C. (2008). Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y Bioética*, 12(2), 169-182.
- Salazar, A., Ávila, N., y Bernal, V. (2018). Negligencia del padre: Una práctica que puede llevar al embarazo adolescente. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 9(1), 51-75.
- Salazar, A., Rodríguez, F., y Daza, A. (2007). Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños: consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. *Persona y Bioética*, 11(2), 170-185.

- Salvatierra, L., Aracena, A., Ramírez, Y., Reyes, A., Yovane, A., Orozco, R., Lesmes, P., y Krause, M. (2005). Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. *Revista de psicología*, 14(1),141-152.
- Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el nucleo familiar*, México: Editorial Pax México.
- Sánchez, P., Galván, H., Reyes, U., Reyes, U., y Reyes, L. (2013). Factores asociados al maltrato durante el embarazo. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 30(1), 8-15.
- Sandoval, E. (2017). *Estudio del consumo de alcohol y su influencia en la memoria de los estudiantes de primero y segundo semestres de la carrera de ciencias psicológicas de la Universidad Tecnológica Indoamérica*. (Tesis para la obtención del título de Psicólogo General). Universidad Tecnológica Indoamérica. Recuperado de <http://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/566/1/Trabajo%20Sandova%20Escobar%20Ricardo%20Emiliano.pdf>
- Secretaría de Salud. (2002). *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2017). Políticas Públicas para Reducir el Embarazo Adolescente en México. Recuperado de https://mxabierto.github.io/embarazo_adolescente/fresco/DatalabSaludEA.pdf.
- Soto, H. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(1), 55-60.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de población*,10(39),129-158.
- Tinto, A. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva. Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia*, (29), 135-173.

- Tiwari, A., Chan, L., Fong, D., Leung, C., Brownridge, D. A., Lam, H., & Cheung, B. (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *115*(3), 377-384.
- Tomasini, A. (2012). *Resiliencia en educación especial: Una experiencia en la escuela regular*. Editorial Gedisa.
- Troncoso, C., y Amaya, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, *65*(2), 329-332.
- UNICEF. (2002). *Adolescencia: una etapa fundamental*: Unicef.
- UNICEF. (2019). *La Agenda de la Infancia y la Adolescencia 2019-2024*: UNICEF.
- Uriarte, J. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de psicodidáctica*, *11*(1), 7-23.
- Valadez, B. (2018). México, primer país de OCDE con más embarazos en niñas. *MILENIO DIARIO*.
- Valdés, S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, D., y Bardales, E. (2002). Embarazo en la adolescencia: incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y ginecología*, *28*(2), 85-88
- Valdez, R., y Sanín, L. H. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, *38*(5), 352-362.
- Valdivia, M., y Molina, M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. *Revista de Psicología*, *12*(2), 85-109.
- Valladares, E., Peña, R., Person, L., & Högberg, U. (2005). Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *112*(9), 1243-1248.
- Vargas, E., Henao, J., y González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, *10*(1), 49-63.

- Vega, G., Hidalgo, D., y Toro, J. (2011). Violencia basada en género desde la perspectiva médica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 71(2), 88-97.
- Vélez, A. (2012). El embarazo en el adolescente: una visión desde la dimensión emocional y la salud pública. *Revista Cuidarte*, 3(1), 394-403.
- Venegas, M., y Nayta, V. (2019). Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. *Pediatría Atención Primaria*, 21(83), 109-119.
- Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., Estrada, F., y Vara, D. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143.
- Vladislavovna, S., Pámanes, V., Billings, L., y Torres, L. (2007). Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 582-590.
- Welti, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*, 6(26), 43-87.
- Zariñán, M. (2018). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*: CNDH.

APÉNDICES

APÉNDICE 1. ENTREVISTA

A continuación, daré lectura a diversas preguntas relacionadas con aspectos personales y con temas enfocados al embarazo adolescente, te pido que te sientas cómoda y libre de expresar tus respuestas, si tienes alguna duda sobre alguna pregunta no dudes en expresarlo.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA
Nombre y apellido
Edad
Fecha de nacimiento
Lugar de nacimiento
Religión
Nivel educativo
Nivel socioeconómico
Estado civil
Ocupación
Número de embarazos/ hijos/ abortos
EJE I. FACTORES DE PROTECCIÓN
1. ¿Cómo fue tu infancia? Cuéntame sobre algún recuerdo lindo y con quién lo compartirías. 2. Describe ¿cómo era la relación con tus padres en tu infancia y actualmente? 3. ¿Con quién de tu familia tienes mejor relación? ¿Cómo es esa relación? 4. ¿Qué es lo que más le gusta a tu familia de ti? 5. ¿Qué opinas de ti?, ¿qué es lo que más te gusta y lo que menos? 6. ¿Qué acciones haces para cuidar tu salud y tu embarazo?
EJE II. EMBARAZO ADOLESCENTE
7. ¿Qué es lo que más o lo que menos te gusta de tu embarazo? 8. Cuando acudes a tus citas médicas relacionadas a tu embarazo ¿qué información o instrucciones te dice tu médico? 9. De las instrucciones que te da tu médico ¿qué llevas a cabo y que no? 10. Cuando tienes un malestar físico o psicológico relacionado a tu embarazo ¿qué haces? 11. ¿Te han dado información sobre lo que conlleva un embarazo y sus cuidados? ¿Quién? ¿Dónde? 12. Describe ¿Cómo ha sido el trato que te han dado las instituciones de salud a las que acudes para tratar tu embarazo? 13. ¿Cómo te visualizas cuando nazca tu bebé?

EJE III. FACTORES DE RIESGO

14. En tu familia o círculo de amigos ¿Existen adolescentes embarazadas o alguien fue madre adolescente?
15. ¿Qué sabes sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos?
¿quién te daba la información?
16. ¿Cómo es la relación con tu pareja?
17. ¿Cuáles actitudes te gustan y cuáles no de tu pareja?
18. ¿Tu pareja ha hecho acciones que pongan en peligro tu salud o tu embarazo?
¿Qué acciones?
19. ¿Tu familia ha hecho acciones que pongan en peligro tu salud o tu embarazo?
¿Qué acciones? ¿quién?
20. ¿Qué acciones has hecho tú que pongan en peligro tu salud o tu embarazo?

APÉNDICE. 2 CUESTIONARIO EN FORMULARIO DE GOOGLE

Embarazo adolescente. Factores de riesgo y protección, una mirada desde la psicoeducación

A continuación, se presentan una serie de preguntas relacionadas con aspectos personales y con temas enfocados al embarazo adolescente, te pido que te sientas cómoda y libre de expresar tus respuestas.

*Obligatorio

La presente investigación tiene como objetivo analizar los factores de riesgo y protección que presentan adolescentes embarazadas durante o después de su embarazo. A través de la presente entrevista, se pretende obtener información relevante que sea útil para analizar los factores de protección que ayuden al proceso de embarazo a la madre o en su caso contrario, de riesgo, a los que pueden estar expuestas y saber si existe algún tipo de daño que pueda generarse en la madre o en el feto. Por último, es importante que sepas que toda la información que proporcionas es totalmente confidencial y para uso exclusivo de la presente investigación.



Lic. Karen Lizbeth Vega Guillén

Asesora: Dra. Ana María Méndez Puga

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología

- Una vez leído lo anterior, ¿aceptas responder la siguiente entrevista?

Marca solo un óvalo

Sí

No

- Nombre y apellido

- Edad

- Fecha de nacimiento

- Lugar de nacimiento

- Nivel educativo

Marca solo un óvalo

Primaria completa

Primaria trunca

Secundaria completa

Secundaria trunca

Licenciatura completa

Licenciatura trunca

-Estado civil

Marca solo un óvalo

Casada

Separada

Divorciada

Soltera

- Número de embarazos

1. Describe la relación que tenías con tus padres de niña y actualmente
2. ¿Con quiénes de tu familia tienes mejor relación? ¿Porqué?
3. ¿Qué es lo que más le gusta a tu familia de ti?
4. ¿Qué es lo que más y lo que menos te gusta de ti misma?
5. ¿Qué es lo que más te gusta de tu embarazo y qué no te gusta?
6. Cuando acudes a tus citas médicas ¿Qué información te proporciona tu médico, relacionado a tu embarazo?
7. Describe cómo es el trato de tu médico y de la institución de salud al momento de tus citas prenatales
8. ¿Qué sabes sobre los métodos anticonceptivos y las relaciones sexuales?
9. ¿Tu familia o pareja han hecho acciones que pongan en riesgo tu embarazo? ¿cuáles?
10. ¿Qué acciones has hecho tú para cuidar tu embarazo?
11. En tu familia o círculo de amigos ¿existen adolescentes embarazadas o alguien que fue madre adolescente? Describe su situación
12. ¿Cómo te visualizas cuando nazca tu bebé?

Agradecemos tu participación. Siéntete libre de agregar cualquier comentario o inquietud. Por tu atención muchas gracias.



APÉNDICE 3. TALLER “CAMINANDO JUNTAS”

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología, CONACYT



Facilitadora: Lic. Karen Lizbeth Vega Guillén

Asesora: Dra. Ana María Méndez Puga

Comité: Dra. María de la Luz Pérez Padilla, Mtra. Esther Gabriela Kanán Cedeño,
Dra. Elsa Edith Zalapa Lúa

El objetivo del taller es fortalecer, informar, sensibilizar y dar a conocer información específica del tema de embarazo adolescente y maltrato prenatal a las madres adolescentes, a jóvenes que son madres, a chicas que piensan serlo o simplemente para aquellas mujeres que quieran saber más información del tema lo que les ayudará a minimizar y evitar los factores de riesgo durante y después del embarazo.

El presente taller está conformado por siete sesiones, las seis primeras serán de 2 horas cada una y la última sesión de 2 horas y media. Los temas para las diferentes sesiones emergen del análisis de las necesidades y propuestas de las participantes, de la literatura revisada y de otros talleres, se podrán incorporar más temas y otras actividades, en función de cada contexto. Se puede realizar de manera intensiva o una sesión semanal, de acuerdo con las condiciones que se tengan para su realización.

Se propone trabajar con un grupo de 5 a 10 adolescentes embarazadas o interesadas en buscar información, que tengan edades de 15 a 20 años (si hay embarazadas menores de 15 años, también podrán participar).

La dinámica general es la siguiente: evaluación diagnóstica sobre conocimiento del tema; al inicio de cada sesión, revisar concepciones, creencias y preconcepciones en torno al tema; Introducción teórica del tema con actividades lúdicas y/o reflexivas; Diálogo y Cierre. Al concluir el taller se hará una evaluación de lo aprendido y valoración de la experiencia.

Cada una de las sesiones del taller y su temática, se desarrollaron con base en lo que expusieron las participantes de la investigación en sus entrevistas y cuestionarios. Esos temas son los más representativos en la vida y proceso de las jóvenes, antes, durante y después de su embarazo, al igual, son considerados de interés debido a lo que se encontró en la literatura relacionada con la adolescencia, el embarazo adolescente, maltrato prenatal, los factores de riesgo y protección y el proyecto de vida de las mismas jóvenes.

A su vez, cada una de las sesiones cuenta con una carta descriptiva donde se expresa la información obtenida de las investigaciones de algunos autores que hablan sobre el tema a tratar y las citas textuales de las participantes de las entrevistas y los cuestionarios de la presente investigación, al igual, se nombran algunos talleres y cursos que han propuesto los temas del presente taller y por último un apartado de anexos, lo anterior, fue de utilidad para formar cada una de las sesiones las cuales se dividen en tres fases fundamentales:

Fases	Actividades a tratar
Fase inicial	<ul style="list-style-type: none"> ● Bienvenida y presentación del tema ● Objetivos ● Justificación ● Tiempo de la sesión
Fase central	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación de los contenidos ● Trabajo de la temática con las participantes
Fase final	<ul style="list-style-type: none"> ● Conclusión ● Actividad de cierre de la sesión ● Acuerdos para las próximas sesiones

SESIÓN 1. BIENVENIDA, PRESENTACIÓN DEL TALLER Y REALIZACIÓN DE NARRATIVAS

SESIÓN 1	
Bienvenida, presentación del taller y realización de narrativas	
Nivel: Grupal	
<u>FASE INICIAL</u>	
Objetivos	
<ul style="list-style-type: none">▪ Explicar, de manera general, de qué tratará el taller, así como el establecimiento del encuadre (horario, número de sesiones, lugar de reunión, tiempo, entre otros).▪ Presentar a los colaboradores y las participantes, logrando un ambiente agradable y cómodo.▪ Conocer las experiencias, el sentir y pensar de las madres adolescentes sobre su proceso de embarazo a través de las narrativas.	
Justificación	
<p>Es primordial que exista un ambiente de confianza y empatía por parte de los coordinadores del taller con las adolescentes, la cual, sirva para llevar a cabo de manera más amena las sesiones del taller, lo anterior ayudará a que las participantes se sientan en un espacio cómodo y en confianza donde puedan expresar sus emociones, pensamientos y vivencias relacionadas a su embarazo. Siendo así, es importante que se realicen las narrativas de forma escrita antes de la impartición del taller, para conocer de manera general el proceso de embarazo de las adolescentes, ya que, es una etapa en la cual las jóvenes, pueden vivir conflictos propios de su edad (Levandowski y Flores, 2012) relacionados con cambios en la parte física, mental, emocional y social (Gomes, Fonseca y Roballo, 2011). Por tanto, a través de esta técnica se busca comprender las experiencias de las adolescentes que nos ayuden a tener una concepción del cómo están viviendo o vivieron su proceso de embarazo y poder analizar desde las narrativas aquellos factores de protección y riesgo que las mismas participantes refieran, lo cual, será base para las siguientes sesiones del taller.</p>	
Tiempo total: 2 horas	
<u>FASE CENTRAL</u>	
Desarrollo de la sesión	
1. Encuadre	Tiempo: 25´
<p>Se dará a conocer el objetivo del taller, así como de los temas que se llevarán a cabo, las fechas de las sesiones y tiempos de duración de cada una. Asimismo, se informará sobre la importancia de la participación y asistencia de cada integrante.</p>	

Explicar al grupo que es importante la confianza, el respeto y la libertad de expresar lo que piensan sin ser juzgadas, estableciendo ciertas reglas que serán propuestas por las integrantes.

Al final se les explicará que todo lo que se trate a lo largo del taller será confidencial y uso exclusivo para la presente investigación, así como informales que se presentarán resultados de la misma. Una vez aceptando participar se pedirá la firma de autorización de cada participante en el consentimiento informado, el cual se leerá antes en voz alta por la facilitadora.

2. Bienvenida y presentación del taller

Tiempo: 15´

La facilitadora dará la bienvenida a las participantes que asistan al taller. Para lograr un trabajo basado en la participación, la facilitadora invitará a las adolescentes para formar un círculo en el espacio donde nos encontremos, con la intención de que haya una interacción con todas las participantes.

Se les proporcionará una etiqueta a cada adolescente para que escriban su nombre o algún apodo que a ellas les agrade, se pegará sobre la ropa, de manera que todas puedan ver el nombre.

3. Presentación grupal

Tiempo: 20´

La facilitadora les pedirá a las asistentes que digan su nombre, una cualidad y un defecto que identifiquen de ellas mismas, y que mencionen qué esperan del taller.

La facilitadora se sentará formando parte del círculo e iniciará presentándose diciendo, por ejemplo: *“Soy María, una de mis cualidades es la puntualidad, uno de mis defectos es que soy muy desesperada, y espero que este taller me ayude a conocer más sobre el embarazo”*.

La técnica anterior, permitirá tener un panorama general de cómo se ven las adolescentes, puede ser que les cueste de manera rápida identificar cualidades o defectos, pero la facilitadora las ayudará a motivarlas en su participación.

4. Mi proceso de embarazo

Tiempo: 40´

La facilitadora entregará el formato de narrativa (ver apéndice 4) a cada una de las integrantes pidiéndoles que comiencen a narrar su experiencia, sentir y pensar sobre el proceso de su embarazo incluyendo su sentir cuando se enteran que están embarazadas respondiendo las preguntas: ¿qué sucedió cuando te enteraste que estabas embarazada?, ¿cómo te ves actualmente?, ¿cómo te ves en un futuro? y ¿qué tendrías que hacer para lograr o cambiar ese futuro?, explicándoles que harán de nuevo este ejercicio al término del taller para saber si se logró el objetivo planeado. Es importante mencionarles a las jóvenes que este formato es de manera individual y personal lo cual, les dará la confianza de expresar de manera libre lo que quieren plasmar. Una vez terminando las narrativas se pedirá de manera voluntaria a las participantes que así lo deseen que lean sus narrativas, expresen su sentir y si desea mencionar algo a otra integrante del equipo lo puede hacer en forma de retroalimentación de manera respetuosa.

FASE FINAL

5. Cierre

Tiempo: 20´

La facilitadora dará un cierre de la actividad de la narrativa, agradeciendo su participación en la misma y dando una pequeña retroalimentación. Por último, la facilitadora comenta que se va hacer el cierre de la sesión preguntándoles... ¿cómo se sintieron? y ¿qué emociones tuvieron durante la sesión?, posterior a

escuchar los comentarios, la facilitadora se despide del grupo y da hincapié a la importancia de la participación y asistencia a las próximas sesiones.

Recursos materiales:

- ❖ Copias del anexo 1
- ❖ Lapiceros
- ❖ Lápices
- ❖ Corrector
- ❖ Copias
- ❖ Grabadora de voz
- ❖ Video cámara o celular para grabar
- ❖ Seguritos
- ❖ Tarjetas blancas
- ❖ Plumones

SESIÓN 2. AMOR ROMÁNTICO Y SEXUALIDAD

SESIÓN 2

El amor romántico y las relaciones sexuales en la adolescencia

Nivel: Grupal

FASE INICIAL

Objetivos

- Reflexionar sobre el concepto de enamoramiento.
- Aprender acerca de los mitos del amor.
- Reflexionar sobre la percepción que las participantes tienen sobre la sexualidad.
- Identificar factores sociales que influyen en una sexualidad a temprana edad.

Justificación: Actualmente, los problemas asociados a la forma en que adolescentes y jóvenes viven su sexualidad y las relaciones amorosas ha evolucionado de manera rápida y sin los cuidados e información necesaria para tratar de evitar embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, abusos sexuales, frustración en las relaciones, noviazgos tóxicos, entre otros lo anterior no puede hablarse como problemas generalizados teniendo en cuenta que actualmente hay un aumento de estos hechos, al igual, hablar del tema de sexualidad y amor romántico debe ser parte de la educación de los jóvenes ya que se considera que la conducta sexual ayuda a favorecer la conducta responsable de los y las jóvenes en el tema de las relaciones y la sexualidad (López, 2014).

Tiempo total: 2 horas

FASE CENTRAL

Desarrollo de la sesión

1. Para mí el enamoramiento o el amor es...

Tiempo: 20´

Se pedirá a las participantes que a través de lluvia de ideas digan qué es el enamoramiento o el amor para ellas, dichas ideas se irán anotando en el pizarrón para al último entre todas ir construyendo un concepto. Al término de la actividad se pedirá que a partir del video que se les presentará (<https://www.youtube.com/watch?v=hG5xrpDuEuE>) vuelvan a analizar qué es el amor o enamoramiento y dar una conclusión final para dar paso a la lectura de lo que significa el enamoramiento o amor de acuerdo a varios autores.

2. ¿Cómo quieres que sea tu historia de amor?

Tiempo: 20´

Se trabajará el tema de mitos del amor a través de la presentación de un video llamado "mitos del amor" (<https://www.youtube.com/watch?v=Cqaj9MZa38I>) se espera que a través del mismo las participantes conozcan los tipos de mitos en el amor y al finalizar, opinar y escribir sobre los mismos respondiendo la pregunta... ¿cómo quieres que sea tu historia de amor? incluyendo si han pasado por alguna circunstancia o mito que salen en el video.

3. ¿Para ti qué significa sexualidad?

Tiempo: 40´

Se saludará a las participantes indicando el tema de la sesión, se repartirán fichas de trabajo pidiendo a las adolescentes que escriban el significado o la percepción que tienen sobre el concepto de sexualidad. Al término, se pasará a dar lectura de algunos conceptos de manera voluntaria, permitiendo que las participantes den su opinión sobre las participaciones, al término la facilitadora podrá compartir conceptos o significados sobre sexualidad basados en la teoría.

Una vez terminada la primera actividad se pedirá a las participantes que respondan el siguiente cuadro el cual, se pondrá en una hoja rotafolio frente al salón, explicando que traten de completarlo con el tema de su sexualidad.

En mi sexualidad
1. Siento que...
2. Quiero que...
3. Me gustaría que...
4. Me molesta que...
5. Tengo temor a que...
6. Me gusta que mi pareja...
7. No me gusta que mi pareja...

Una vez terminada la actividad anterior, la facilitadora pedirá a las participantes que coloquen la hoja de la actividad en un buzón, del cual la facilitadora erigirá al azar un ejercicio el cual se espera una retroalimentación por las jóvenes. Al término, la facilitadora explicará la importancia de conocer lo que queremos y nos gusta en el tema de nuestra sexualidad ya que es importante la opinión que tengamos como mujeres en el tema sexual, explicando que gozamos de los mismos derechos que el hombre a disfrutar de una sexualidad sana y sin juicios.

4. La toma de decisiones en nuestra sexualidad

Tiempo: 30´

La facilitadora iniciará la actividad leyendo a las participantes la historia de “Las islas”, se pedirá que presten mucha atención, y después de la lectura tendrán que tomar algunas decisiones respecto al caso que se presente en la misma lectura. Después de dar término a la lectura, se entregarán hojas blancas y lapiceros pidiendo a las jóvenes que den una calificación de manera individual a cada personaje de la historia. Siendo el 5 la máxima calificación que corresponde al personaje que más respetan, admiran o se identifiquen y la calificación será para el personaje que rechazan o no están de acuerdo en la forma de actuar. Posteriormente, las participantes ponen sus respuestas dando a conocer sus argumentos de la calificación que dieron a cada personaje, señalando que la toma de decisiones es libre y responsable, siendo una condición fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

“Las islas”

En un barco iban Ana (una muchacha de 18 años), Berta (su madre), Carlos (el novio de Ana) y Daniel (un amigo de ambos). Naufragaron y tuvieron que nadar hacia unas islas cercanas, quedando separados de la siguiente forma: en una isla Ana y su madre, y en la otra, Carlos y Daniel. Un día llegó Efrén, un barquero que podía hacer un sólo viaje de la isla de Ana a la de Carlos. Ana, al saberlo, le pidió a Efrén que la llevara a la otra isla. El barquero acepta sólo si tiene relaciones sexuales con él. Ana pide consejo a su madre quien le dice: “Hija, esta decisión sólo te concierne a ti y tú debes ser quien la tome; yo te apoyaré siempre”. Ana accede a la petición del barquero para estar con el hombre que ama. Al llegar a la otra isla, le platica a Carlos lo que ha hecho para reunirse con él. Para Carlos es muy importante la pureza e integridad de la mujer con la que va a vivir el resto de su vida y por tanto, le dice a Ana que su relación no puede continuar. Enterado Daniel del rechazo de Carlos a Ana, él le dice a Ana que siempre la ha querido y que la acepta.

FASE FINAL

5. Cierre

Tiempo: 10´

La facilitadora dará un cierre de la actividad de la narrativa, agradeciendo su participación en la misma y dando una pequeña retroalimentación. Por último, la facilitadora comenta que se va hacer el cierre de la sesión preguntándoles... ¿cómo se sintieron? y ¿qué emociones tuvieron durante la sesión?, posterior a escuchar los comentarios, la facilitadora se despide del grupo y da hincapié a la importancia de la participación y asistencia a las próximas sesiones.

Recursos materiales:

- ❖ Hojas blancas
- ❖ Plumones
- ❖ Lapiceros
- ❖ Proyector
- ❖ Computadora
- ❖ Fichas de trabajo
- ❖ Bocinas

SESIÓN 3. EMBARAZO Y CRIANZA

SESIÓN 3 Embarazo y crianza	
Nivel: Grupal	
<u>FASE INICIAL</u>	
Objetivos <ul style="list-style-type: none">● Reflexionar sobre la necesidad de postergar la vida sexual activa.● Intercambiar puntos de vista acerca del embarazo adolescente.● Concientizar que tener un bebé lleva conlleva gastos económicos, que para ellas como adolescentes será más difícil solventar.	
Justificación: Uno de los fenómenos de los que están siendo parte los adolescentes, es el embarazo adolescente el cual es un proceso de gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de la edad ginecológica, el embarazo a cualquier edad refleja un hecho biopsicosocial, pero en este caso, en la adolescencia conlleva riesgos de salud para la madre y el hijo (León, Minassian, Borgoño y Bustamante, 2008). El embarazo en la adolescencia se relaciona con problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y el hijo, existen factores que indican que las jóvenes menores de 15 años son las que podrían llegar a presentar más riesgo ante un embarazo temprano (Mora y Hernández, 2015).	
Tiempo total: 2 horas	
<u>FASE CENTRAL</u>	
Desarrollo de la sesión	
1. ¿Qué harías?	Tiempo: 30´
Se leerán dos historias relacionadas al embarazo en la etapa de la adolescencia y al tema de ejercicio de la sexualidad en edades tempranas. En cada historia se pedirá que las participantes respondan una serie de preguntas y analicen los riesgos de embarazo a temprana edad, identificando las posibles consecuencias que esto implica.	

Historia 1.

Lucia tiene 14 años y Pedro 15 años, son novios desde hace 4 meses y se conocen desde hace un año. Son compañeros de la escuela. Sus papas no lo saben. Lucia tiene días sintiéndose mal, menciona a una amiga tener nauseas, mucho sueño y cansancio ante eso, la amiga le recomienda hacerse una prueba de embarazo y resulta positiva.

Historia 2.

Leslie y Carlos, son novios desde hace 7 meses, ambos tienen 19 años. Pelean todo el tiempo, debido a que Carlos es muy celoso. Inclusive, le ha llegado a pegar a Leslie cuando la ve platicando con sus compañeros de la escuela. Hace 20 días Carlos estaba muy molesto y estaba tomado, fue a casa de Leslie y la obligó a tener relaciones sexuales, ahora Leslie esta embarazada.

Preguntas de la historia 1: ¿Qué crees que sienta o piense Lucia de saber que está embarazada a una edad muy chica? y ¿Qué crees que pase cuando Lucia le diga a su familia y a su novio?

Preguntas de la historia 2: ¿Qué decisión crees que va a tomar Leslie después de que la obligaron a tener relaciones? y ¿Consideras que Carlos actuó bien? ¿Por qué?

Al término, la facilitadora pide a las participantes que expresen cómo se sintieron con la actividad y de manera voluntaria que alguna de ellas cuente si les ha pasado algo parecido a las historias.

2. Mi embarazo y los gastos

Tiempo: 40´

La facilitadora hará referencia acerca de los costos que se tienen para mantener saludable a un bebé, se pedirá a las participantes que a modo de lluvia de ideas mencionen cuánto dinero gastan o creen gastar en mantener a su bebé.

Se mostrará una lista con algunas cosas que los bebés requieren para su cuidado así como los servicios necesarios para él mismo, las participantes deberán calcular cuánto dinero tienen a la semana para costos de la maternidad de acuerdo a la lista que se les muestre, una vez dicho la cantidad se pasará a repartir ese dinero en billetes de juguete y se invitará a que comiencen a repartir el dinero en cosas de la lista o en alguna que no esté incluida, pero que sean necesarias para mantener al bebé.

Terminada la actividad se dará paso a escuchar la opinión de las participantes y saber cómo se sintieron, conocer si el dinero les alcanzó y poder dar propuestas de cómo incrementar sus ingresos en caso de que no les alcanzara el dinero.

COSTOS DE LA PATERNIDAD/MATERNIDAD

Accesorios para el bebé: Carreola, andadera, silla para coche, silla para comer, bañera, porta bebé, perfumería, juguetes, cuna, ropero, etc.

Ropa y objetos: Pijama, biberones, suéteres, zapatos, baberos, camisetas, calzones, calcetines, sábanas, cotonetes, toallitas húmedas, etc.

Servicios médicos: Hospitalización por nacimiento consultas médicas, vacunas, medicamentos, etc.

Alimentación: Leche en polvo, papillas, jugos, frutas, etc.

3. Mi crianza... Tu crianza

Tiempo:30´

Se pedirá que las adolescentes narren de manera breve cómo fue su crianza, se les dará un par de hojas para la actividad en la cual se basen en los siguientes puntos: Qué recuerdos tienen de su crianza

- Quién participó en esta crianza
- Saber si su crianza fue la adecuada o no y por qué
- Contar si sus madres eran adolescentes cuando las tuvieron y cómo creen que eso influyó o no en que ellas ahora sean madres adolescentes
- Escribir que cambiarían en la forma en cómo fueron criadas

Terminada la actividad, se colocarán las hojas de modo que estén dobladas en un buzón permitiendo a la facilitadora tomar una de las hojas al azar para dar lectura y analizar lo escrito con las participantes. Exponiendo la facilitadora que la crianza y la educación que uno tenga dependerá de cada familia, cultura y creencias con las cuales crecemos y podemos transmitir a nuestros hijos, la misma forma en cómo nos educaron. Tomando en cuenta que si no es una crianza positiva se puede modificar al momento de educar a los hijos.

4. Nadie nace sabiendo ser mamá o papá

Tiempo: 10´

Se pedirá a las participantes escribir en una hoja blanca el cómo esperan que sea el papel que desarrollan en la educación y crianza de su bebé.

FASE FINAL

5. Cierre

Tiempo: 10´

Pedir a las participantes que den una opinión general de la sesión respecto a lo que se trabajó y expresen cómo influyó la sesión en su forma de percibir su embarazo.

Recursos materiales:

- ❖ Hojas blancas
- ❖ Lapiceros
- ❖ Lápices
- ❖ Cartulina
- ❖ Dinero de juguete
- ❖ Buzón

SESIÓN 4 Y 5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

SESIÓN 4

Factores de riesgo en el embarazo adolescente

Nivel: Grupal

FASE INICIAL

Objetivos

- Conocer los factores de riesgo que pueden surgir durante el proceso del embarazo adolescente.
- Reconocer y poder solucionar a algún factor de riesgo por el cual esté atravesando.
- Reflexionar sobre los factores de riesgo a los que están propensos las madres adolescentes.

Justificación: Durante el proceso del embarazo adolescente, se pueden desencadenar factores de riesgo los cuales están relacionados con aspectos individuales, educativos y sociales de las jóvenes, permitiendo ver al embarazo adolescente desde una perspectiva multicausal, en este tipo de factores se encuentran las limitaciones educativas, un rechazo al entorno familiar, consumo de drogas y alcohol, relaciones sexuales sin protección, mayor posibilidad de abortos inducidos, descuido de salud física y emocional, entre otros (Carreón, Mendoza, Pérez, Gil, Soler y González, 2004).

Tiempo total: 2 horas

FASE CENTRAL

Desarrollo de la sesión

1. Bienvenida/ Introducción del tema

Tiempo: 20´

La facilitadora, dará la bienvenida a las participantes a la cuarta sesión, les pedirá que tomen asiento en las bancas y que se pongan cómodas, se les explicará de manera general de que tratará la sesión comenzando con una exposición sobre qué y cuáles son los factores de riesgo que pueden estar presentes durante el embarazo a temprana edad.

2. Mamá, papá, familia... estoy embarazada...Apóyame!

Tiempo: 30´

Se pedirá a las participantes, que elijan a un integrante de su familia del cual consideren tener menos apoyo durante su embarazo o que no este de acuerdo con el mismo, una vez identificado se pedirá que escriban una carta a esa persona con sus deseos, emociones, pensamientos, entre otros sobre la importancia de contar con el apoyo de dicho integrante comenzando su carta con la frase: “Me gustaría contar con tu apoyo porque”... una vez finalizada la redacción, se pedirá de manera voluntaria la lectura de las mismas.

3. Si para mí, no para mí

Tiempo: 45´

Se presentará en una cartulina una serie de frases referentes al tema del embarazo a temprana edad y sobre la sexualidad en la adolescencia. Las participantes se pondrán de pie en el centro del salón y se les irán narrando algunas frases y tomarán la decisión ante cada situación, aquellas que se sientan identificadas con dicha frase se moverán a su lado derecho y aquellas que no, se moverán al lado izquierdo, una vez eligiendo hacia donde moverse, se preguntará el porque se movieron a cada lado.

Frases

1. En mi casa me hablaron sobre sexualidad desde que era pequeña ...
2. Me hablaron sobre la prevención del embarazo...
3. En mi familia me hablaron sobre los métodos anticonceptivos...
4. Papá o mamá me apoyaba en responder mis dudas sobre mi sexualidad...
5. En mi casa me inculcaban valores muy cerrados sobre la sexualidad (como virgen hasta el matrimonio) ...
6. En mi familia consideran que me debo casar si estoy embarazada...
7. En mi casa los embarazos a temprana edad son normales...
8. Mis papás me pidieron dejar los estudios para dedicarme a mi embarazo...
9. Me hubiera gustado tener pláticas sobre sexualidad con mi familia...
10. Mi hermano (a) o pariente es quien me ayuda en temas de mi embarazo...
11. Mis papás o alguien de mi familia se avergüenzan de mi embarazo...
12. Mi pareja me apoya en mi proceso de embarazo...
13. Tengo el apoyo de mi mamá, papá o pareja para ir a mis citas médicas...
14. Nunca me dieron información sobre los cuidados prenatales en el centro de salud...
15. Alguna vez alguien de mi familia o conocidos me criticaron, juzgaron o trataron mal por el hecho de estar embarazada...
16. Mis amigas(os) me inducen a tomar, fumar, consumir alguna droga durante mi embarazo...
17. Alguien de mis amigas actualmente esta embarazada o fue madre joven...
18. Me embarace sabiendo la responsabilidad que es tener un bebé a temprana edad...

4. Cuido mi salud física y mental...

Tiempo: 15´

Se leerá una pequeña historia sobre el embarazo y algunos factores de riesgo que pueden estar ligados al mismo, se pedirá al término de la lectura, que de manera voluntaria dos jóvenes respondan las preguntas que abajo se muestran para poder analizar que tan identificadas se sienten las participantes con la historia de Aitana.

“Aitana es una adolescente de 18 años que le gusta mucho salir con sus amigas ya sea a tomar el café, a bailar o simplemente a divertirse, Aitana al ser joven piensa que no es necesario ejercitarse físicamente y cuidar su cuerpo y alimentación por lo cual no le da mucha importancia, no come y no duerme a sus horas, no come verduras y no hace ningún deporte. En la última semana Aitana se ha peleado mucho con sus papás por sus malos hábitos y por su conducta tan rebelde que ha tenido, lo cual, provoca en ella mucha desesperación al no poder entenderse con sus padres, lo cual la lleva a tener muchas respuestas emocionales como enojo, tristeza, frustración, coraje, ansiedad, entre otras sin embargo a nadie le cuenta como se siente, por lo cual, son emociones que siempre se guarda. Hace un mes se enteró que estaba embarazada, y al decirle a su novio decidió terminarla, sus padres tampoco la apoyan lo cual ha provocado en ella mucha tristeza que la ha llevado a descuidar su embarazo”.

1. ¿Te identificas con alguna parte de la historia de Aitana? ¿En cuál?
2. ¿Qué piensas de la actitud del novio y de los padres de Aitana?
3. ¿Es culpa de Aitana que este embarazada?
4. ¿Qué pasa si Aitana no cuida su proceso de embarazo?
5. ¿Qué le recomiendas que haga para cuidar su salud física?
6. ¿Qué le recomiendas que haga para cuidar su salud emocional?
7. ¿Consideras que Aitana debería cambiar su actitud ahora que esta embarazada?

FASE FINAL

5. Cierre

Tiempo: 10´

Se dará un pequeño cierre sobre la sesión con una retroalimentación corta por parte de las participantes y resolver algunas dudas.

Recursos materiales:

- ❖ Computadora
- ❖ Proyector
- ❖ Hojas blancas
- ❖ Cartulinas
- ❖ Lapiceros
- ❖ Lápices
- ❖ Grabadora de voz

SESIÓN 5

Factores de protección en el embarazo adolescente

Nivel: Grupal

FASE INICIAL

Objetivos

- Desarrollar una buena comunicación interpersonal a través de actividades lúdicas.
- Reforzar la capacidad de definir el problema optando por la mejor solución utilizando la resiliencia.
- Conocer lo que les gusta de ellas mismas como reforzamiento de su autoestima.
- Conocer los derechos sexuales y reproductivos.

Justificación: En cuanto a los factores de protección se encuentran aspectos relacionados a un favorable desarrollo humano y a la recuperación de la salud física y mental: lo que posibilita contrarrestar los factores de riesgo y así disminuir la vulnerabilidad en las adolescentes, dentro de estos factores se encuentran la buena comunicación interpersonal, la alta autoestima, el proyecto de vida elaborado, el sentido de vida, la permanencia educativa y un alto nivel de resiliencia, entre otros (Páramo, 2011).

Tiempo total: 2 horas

FASE CENTRAL

Desarrollo de la sesión

1. Collage... ¿Quién soy?

Tiempo: 30´

La facilitadora, proporcionará una revista a cada participante pidiendo realizar un collage con imágenes que encuentren en la revista, a través de las cuales traten de responder la pregunta: ¿quién soy? (unicamente con recortes), se darán 20 minutos para hacer el collage, una vez terminado, se pedirá que entre las participantes comiencen a interpretar los collages de sus otras compañeras tratando de descifrar quiénes son a partir de las imágenes del collage (20´). Se pondrá música de fondo para amenizar la actividad.

2. Me gusto, me amo...

Tiempo: 30´

Se entregará a cada participante una pieza de plastilina con la cual, se pedirá que moldeen o formen algunas características físicas o de personalidad que más les guste de ellas mismas por ejemplo si son sus ojos, harán unos ojos con la plastilina si es que son muy puntuales, harán un reloj, etc. Al terminar se pedirá que cada una explique el porqué de sus figuras. Se pondrá música de fondo para amenizar la actividad.

3. Llegó el cartero.

Tiempo: 20´

Se emplea la técnica participativa "llegó el cartero". Cada participante escribirá una carta para sí misma, teniendo que guiarse por aspectos que se caracterizan resilientes, diciendo "yo tengo", "yo soy", "yo estoy" y "yo puedo" completando cada una de las frases con lo que ellas consideran tener, ser, estar y poder. Una vez terminadas las cartas, se colocarán en un buzón y la facilitadora al azar elegirá tres cartas, las cuales se

leerán en voz alta pidiendo a las dueñas de dichas cartas que retroalimentan por qué plasmaron esas ideas o pensamientos.

4. Conociendo mis derechos sexuales

Tiempo: 30´

Se presentarán 13 tarjetas con algunos de los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes, las cuales una por una se irán leyendo y retroalimentando como viendo la importancia que tienen dichos derechos de manera general.

Derechos sexuales y reproductivos.

1. Tengo que decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
2. Tengo que ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
3. Puedo manifestar públicamente mis afectos.
4. Tengo que compartir mi vida y mi sexualidad con quien yo desee.
5. Tengo derecho a que respeten mi intimidad y vida privada.
6. Tengo que vivir libre de violencia sexual.
7. Tengo derecho a la libertad reproductiva.
8. Tengo derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
9. Tengo que vivir libre de toda discriminación.
10. Tengo derecho a recibir información completa, científica y laica sobre sexualidad.
11. Tengo derecho a una educación sexual.
12. Tengo derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva.
13. Tengo derecho a la participación en políticas públicas sobre sexualidad.

FASE FINAL

5. Cierre

Tiempo: 10´

Se pedirá que a través de una sola palabra las participantes digan que se llevan de la sesión, que aprendieron o sintieron. Se dará por parte de la facilitadora las gracias y recordarles la importancia del tema del día de hoy.

Recursos materiales:

- ❖ Revistas
- ❖ Tijeras
- ❖ Barras de pegamento
- ❖ Cartulinas
- ❖ Plastilina
- ❖ Buzón
- ❖ Tarjetas de derechos sexuales
- ❖ Bocina

SESIÓN 6. Y TÚ...SABES QUÉ ES LA AUTOESTIMA

SESIÓN 6 Mi embarazo, mi autoestima
Nivel: Grupal
<u>FASE INICIAL</u>
Objetivos <ul style="list-style-type: none">▪ Aprender a valorar las cualidades positivas que poseemos.▪ Enseñar a las adolescentes información general sobre la autoestima.▪ Conocer los logros o las metas que han tenido o buscan tener como madres adolescentes con su bebé.
Justificación: La autoestima es parte vital del ser humano, la cual se relaciona con la evaluación que como individuos hacemos de nosotros mismos, siendo así, que la autoestima juega un papel relevante en la vida personal, profesional y social de cada individuo. Cuando se habla de una autoestima elevada, podemos ser capaces de aprender de manera eficaz, comunicarnos y desarrollar relaciones más gratas, así como dar mayor conciencia a la vida, por su parte la baja autoestima se relaciona con personalidad depresiva, timidez y ansiedad. Por tanto, la autoestima influye en aspectos sociales e impacta en las adolescentes y esto repercute directamente en los embarazos a temprana edad, los cuales generalmente vienen acompañados de baja autoestima y depresión, dependiendo del periodo de gestación y los cambios físicos que la madre presente buscando afrontarlos de una u otra forma. Por tanto, que las adolescentes embarazadas reconozcan y fortalezcan su autoestima ayudará a que tengan una mejor relación con los hijos, lo cual se verá reflejado a la hora de la crianza (Navarro y Pontillo, 2002).
Tiempo total: 2 horas
<u>FASE CENTRAL</u>
Desarrollo de la sesión <p>La facilitadora saluda al grupo y pide que formen un círculo e indica que el tema de la sesión es la autoestima, que si bien es un término que se usa frecuentemente, en ocasiones nosotros mismo no sabemos su significado y no conocemos que tanto trabajamos para mantener una aceptación personal satisfactoria.</p> <p>1. Definición de autoestima Tiempo: 30 min.</p> <p>La facilitadora a través de lluvia de ideas preguntará a las participantes ¿qué piensan cuando escuchan la palabra autoestima? o ¿a qué creen que se refiere la palabra autoestima?, lo que vayan mencionando las participantes se irá anotando en un pizarrón, de manera que ayude a las jóvenes a ir creando de manera individual un concepto de autoestima, una vez terminando el concepto se pasarán a dar lectura de los mismos y a su término, la facilitadora dará paso a explicar el concepto de autoestima.</p> <p>2. Yo soy... Tiempo: 30 min.</p>

Se pedirá a las participantes que se enfoquen únicamente en características positivas que poseen, tanto en cualidades (por ejemplo simpatía, alegría, optimismo, sentido del humor, etc.), rasgos físicos que les agraden (por ejemplo el cabello, mirada, sonrisa, etc.) y en las capacidades que tienen (por ejemplo para la lectura, para organizar eventos, etc.) una vez dicho esto las participantes se colocan en un círculo y cada una en una hoja blanca, terminará de completar frases con la leyenda “yo soy...” 10 frases sobre sus cualidades, 10 sobre sus rasgos físicos y 10 sobre sus capacidades por ejemplo, *yo soy... alguien alegre*. Una vez terminando de escribir las frases, se pondrán en parejas una tendrá el papel de vendedor y otra de comprador, el vendedor tratará de convencer al comprador de que adquiera las características que le están leyendo (y vendiendo) y viceversa una vez finalizado el vendedor expondrá las razones por las que compro las frases al vendedor.

Finalmente, se les pregunta a las participantes las dificultades que tuvieron a la hora de completar las frases y a la hora de venderlas, explicando que a la mayoría de las personas nos es difícil reconocer cualidades positivas que poseemos en algunos momentos, lo cual ocurre porque las personas elegimos un modelo con el que compararnos, y depende de con quién nos comparemos, nos evaluamos más positivo o más negativo.

3. Mi árbol...mi bebé

Tiempo: 55 min.

Se indicará que las adolescentes dibujen un árbol de su agrado en una cartulina, que pongan las raíces, ramas, hojas y frutos. En las raíces escribirán las cualidades positivas que creen poseer como madres, en las ramas, las cosas positivas que hacen por sus bebés y en los frutos los logros, metas y éxitos que han tenido con sus hijos como madres.

Se pone música clásica de fondo para ayudarles a concentrarse y relajarse. Una vez que terminen su árbol, se pedirá que cada una de las chicas explique el dibujo, preguntando la facilitadora a cada participante... ¿les ha gustado el juego de interacción?, ¿cómo te sentiste explicando tu árbol?, ¿qué compañera ha dibujado un árbol parecido al tuyo?, ¿qué árbol aparte del tuyo te ha gustado y por qué? y ¿cómo te sentiste con la actividad?. Con esta actividad se busca que las adolescentes descubran sus cualidades positivas como madres y sean capaces de reconocerlas, así como compartir sus sentimientos y logros como madres adolescentes con los demás.

FASE FINAL

4. Cierre

Tiempo: 5 min.

Se reforzará la información antes dada de la autoestima, mencionando lo importante que es siempre reconocer las cualidades, metas y logros que tenemos como personas y como madres o futuras madres, ya que, tener una autoestima alto ayudará a que podamos desenvolver un papel personal más satisfactorio y esa autoestima la pueden reflejar en sus hijos. Se agradece por su tiempo y su participación.

Recursos materiales:

- ❖ Cartulinas
- ❖ Hojas blancas
- ❖ Plumones
- ❖ Crayolas
- ❖ Bocina
- ❖ Pizarrón

- ❖ Grabadora de voz
- ❖ Video cámara o celular para grabar

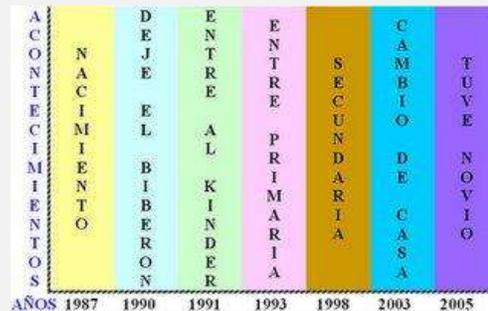
SESIÓN 7. MI PROYECTO DE VIDA

<p>SESIÓN 7</p> <p>Mi proyecto de vida</p>
Nivel: Grupal
<u>FASE INICIAL</u>
<p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivar a las participantes a elaborar un proyecto de vida. • Analizar los factores que influyen en la toma de decisiones y la importancia de estas en la propia vida. • Reflexionar sobre las metas para su proyecto de vida y ver cómo se visualizan ahora como madres.
<p>Justificación: El embarazo en los y las jóvenes es percibido por ellos mismos/as o por sus progenitores como una alteración de los planes de vida y un reordenamiento de las prioridades y actividades cotidianas de los y las jóvenes. A razón de los cambios que han atravesado los y las jóvenes como consecuencia del embarazo y la paternidad y maternidad, pueden llegar a significar su sentido de vida a partir de las condiciones que se establecen dentro del <i>síndrome de fracaso</i>, pues varias de sus actividades, así como sus proyecciones se ven afectadas, aplazadas o anuladas (Ortega, 2013).</p>
Tiempo total: 2 horas y media
<u>FASE CENTRAL</u>
Desarrollo de la sesión
<p>1. Mi planeación de vida Tiempo: 20´</p> <p>Se distribuirá a las participantes el formato de “planeación de vida” (anexo 3), el cual deberán llenar de acuerdo a lo que se pide en el mismo, para al finalizar compartir su planeación.</p>
<p>2. Mi proyecto de vida Tiempo: 30´</p> <p>Se dará la bienvenida a la última sesión del taller y se les explicará a las participantes la importancia de pensar y elaborar un proyecto de vida ahora que serán madres. Se iniciará la sesión distribuyendo una hora de trabajo “mi proyecto de vida” (anexo 2) pidiendo a las participantes que contesten la hoja de manera resumida sus respuestas, al terminar la actividad, se invitará a las participantes a que voluntariamente compartan sus proyectos de vida con el grupo.</p>

3. Línea de la vida

Tiempo: 20´

Se proporcionarán hojas blancas y lápices a cada una de las participantes, pidiéndoles que tracen un ángulo recto y anoten en la línea vertical del ángulo, los acontecimientos más sobresalientes en su vida, iniciando desde su nacimiento hasta la actualidad y la línea horizontal las fechas en que estos acontecimientos sucedieron o creen que sucederán, ejemplo:



Se pedirá que al ir haciendo su línea de la vida vayan analizando el porqué pusieron justamente esos eventos en su línea de la vida para al finalizar comentarlo en el grupo.

4. Todo a su tiempo

Tiempo: 20´

Se proyectará el video “todo a su tiempo” (<https://www.youtube.com/watch?v=W9TTit0LOM0>) con el cual las participantes analizarán el proceso del embarazo a temprana edad, se pedirá al término del mismo, que las jóvenes comenten si se sintieron identificadas con la joven del video y que den una retroalimentación del mismo.

5. Mi proceso de embarazo

Tiempo: 30´

La facilitadora entregará el formato de narrativa (ver apéndice 4) a cada una de las integrantes pidiéndoles que vuelvan a narrar su experiencia, sentir y pensar sobre el proceso de su embarazo respondiendo las preguntas: ¿cómo te ves hoy?, ¿cómo te ves en un futuro? Y ¿qué tendrías que hacer para lograr ese futuro?.

Una vez terminando las narrativas se pedirá de manera voluntaria a las participantes que así lo deseen que lean sus narrativas y si alguna integrante del equipo desea mencionar algo está en el derecho de hacerlo, siempre y cuando respetando.

FASE FINAL

6. Cierre

Tiempo: 30´

Se agradece a las participantes su valiosa colaboración en el taller, pidiendo que califiquen el mismo con el formato que se les entregará (anexo 4) comentando que si existe alguna duda o inquietud se pueden sentir en la libertad de acercarse a la facilitadora, se agradece y se les regala una pequeña canasta con productos básicos para el bebé (únicamente a las mamás embarazadas o que son madres jóvenes).

Recursos materiales:

- ❖ Copias del anexo 1, 2, 3 y 4

- | | |
|-----------------|-------------|
| ❖ Lápices | |
| ❖ Lapiceros | Bocina |
| ❖ Hojas blancas | Computadora |
| ❖ Crayolas | |
| ❖ Proyector | |

Recomendaciones para la facilitadora

Para posibilitar un mejor trabajo con el grupo de participantes, se recomienda que la facilitadora tenga en cuenta que su papel consiste en:

- Dar las instrucciones generales de todo el taller
- Proponer las tareas a realizar
- Observar y ofrecer retroalimentación sobre los cambios que se produzcan en la conducta de las integrantes del grupo
- Propiciar un ambiente favorable para el trabajo
- Procurar la comunicación y la auto dependencia del grupo (ya que las adolescentes al comunicarse libremente, logran analizar, identificar y reflexionar su situación actual, además de plantear alternativas que fortalezcan las conductas asertivas para prevenir los factores de riesgo y así un maltrato prenatal durante o después del embarazo adolescente)
- Asesorar las actividades del grupo
- Ubicar al grupo de manera que se sienten en forma circular, lo cual promueve una mayor integración y el diálogo fluye de manera más libre y sin tener jerarquías.



APÉNDICE 4. FORMATO DE NARRATIVA

FORMATO DE NARRATIVA		Folio:
OBJETIVO: Conocer a través de la narrativa la perspectiva de las adolescentes sobre su embarazo.	RESPONSABLE: Lic. Karen Lizbeth Vega Guillén	
PARTICIPANTE:		
HISTORIA/ NARRACIÓN		
Preguntas base:		
1. ¿Qué sucedió cuando te enteraste que estabas embarazada?		
2. ¿Cómo te ves actualmente?		
3. ¿Cómo te ves en un futuro?		
4. ¿Qué tendrías que hacer para lograr o cambiar ese futuro?		

**APÉNDICE 5. REGISTRO GENERAL DE EVALUACIÓN SOBRE EL TALLER
PSICOEDUCATIVO POR PARTE DE LAS PARTICIPANTES**

Instrucciones: Lee con atención los siguientes elementos del taller a evaluar, señala con una **X** el recuadro que, para ti, sea la respuesta que mejor corresponda con tu opinión.

Elementos del taller	Criterios de evaluación			Comentarios
				
1. Los materiales usados en el taller fueron:				
2. Las dinámica inicial y final del taller fueron:				
3. Los tiempos de las actividades realizadas fueron:				
4. Los temas y las actividades en el taller fueron:				
5. El desempeño general de la o los facilitadores durante la impartición del taller fue:				

Si deseas hacer un comentario extra, siéntete libre de expresarlo en el siguiente espacio y al reverso de la hoja:

APÉNDICE 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN



No. de folio:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

La presente investigación es conducida por la **Lic. Karen Lizbeth Vega Guillén**, de la **Maestría de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**. El objetivo de este estudio es: analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente.

La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una serie de preguntas relacionadas al tema del embarazo adolescente.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él o al correo karengv04@outlook.com, igualmente, puede dejar de responder a las preguntas de la entrevista en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Agradecemos su participación

Firma del Participante

Fecha

APÉNDICE 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PARTICIPANTES DEL TALLER



CONSENTIMIENTO INFORMADO



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella, como participantes.

La presente investigación es conducida por la **Lic. Karen Lizbeth Vega Guillén**, de la **Maestría de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**. El objetivo de este estudio es: analizar los factores de riesgo y protección relacionados con el embarazo adolescente, desde la perspectiva de un grupo de mujeres con una experiencia reciente.

La participación en este taller es estrictamente voluntaria, el cual, tiene como objetivo: fortalecer, informar, sensibilizar y dar a conocer información específica del tema de embarazo adolescente y maltrato prenatal a las madres adolescentes, a jóvenes que son madres, a chicas que piensan serlo o simplemente para aquellas mujeres que quieran saber más información del tema lo que les ayudará a minimizar y evitar los factores de riesgo durante y después del embarazo.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá llevar a cabo algunas actividades lúdicas y psicoeducativas. Es importante mencionar que lo que se trate durante el taller será grabado en video por lo cual, es un taller con modalidad presencial.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto de investigación y el taller, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algo durante el proceso del taller le incomoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora.

Datos de la investigadora: karenavg04@outlook.com

Agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informada de los objetivos y del proceso.

Reconozco que la información que yo provea en el transcurso del taller es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto y el taller en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo si hay algún inconveniente, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al correo _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al correo anteriormente mencionado.

Nombre y firma del participante

APÉNDICE 8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y/O CUIDADORES DE LAS PARTICIPANTES DEL TALLER



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Nombre del responsable:

Fecha:

Parentesco con la participante:

El propósito de este consentimiento es anticipar por parte del cuidador/res o progenitor/res la participación de la joven _____ en el taller “Caminando Juntas”.

El presente taller es conducido por la **Lic. Karen Lizbeth Vega Guillén**, de la **Maestría de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo**. El objetivo del mismo es: fortalecer, informar, sensibilizar y dar a conocer información específica del tema de embarazo adolescente y maltrato prenatal a las madres adolescentes, a jóvenes que son madres, a chicas que piensan serlo o simplemente para aquellas mujeres que quieran saber más información del tema lo que les ayudará a minimizar y evitar los factores de riesgo durante y después del embarazo.

La participación en este taller es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si usted accede a que la participante forme parte del taller, es importante sepa que se realizarán actividades lúdicas y psicoeducativas. Es importante mencionar que lo que se trate durante el taller será grabado en video por lo cual, es un taller con modalidad presencial.

Si tiene alguna duda sobre el proyecto de investigación y el taller, puede hacer preguntas en cualquier momento al igual saber que la joven se puede retirar del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Datos de la investigadora: karenavg04@outlook.com

Agradecemos su participación.

Acepto que la joven participe voluntariamente en esta investigación y por ende en el taller, conducida por _____. He sido informado (a) del objetivo y del proceso.

Reconozco que la información que se provee en el transcurso del taller es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto y el taller en cualquier momento y que la participante puede retirarse del mismo si hay algún inconveniente, sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona. De tener cualquier tipo de preguntas sobre la participación de la joven _____ puedo contactar a _____ al correo _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al correo anteriormente mencionado.

Nombre y firma de la persona que recibe el consentimiento

APÉNDICE 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS INSTITUCIONES



At´n Lic. E
Coordinadora del área de psicología
Asunto: Solicitud de entrevista

Morelia, Michoacán a de del

La que suscribe Licenciada y estudiante de la Maestría en Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo por medio de la presente me permito solicitar su autorización y colaboración para llevar a cabo una entrevista el día y la hora que nos señalen con la intención de conocer la situación de embarazo adolescente en el Hospital Civil de Morelia, Michoacán y conocer de qué manera es abordada por la institución o con que programas cuentan que atienden esta área de la salud. La razón es debido a que nos resulta interesante abordar el tema del embarazo adolescente desde la mirada de su institución considerando la información que nos brinda valiosa y necesaria para el proyecto que se llevará a cabo nombrado “**El embarazo adolescente. Factores de riesgo y protección, una mirada desde la psicoeducación**” el cuál es asesorado por la **Dra. Ana María Méndez Puga** investigadora de la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo. Sin más por el momento y agradeciendo de antemano su colaboración, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Solicitante

Directora de tesis

Lic. Karen Lizbeth Vega Guilén

Dra. Ana María Méndez Puga