



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POST GRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**“SENTIMIENTOS DE MATERNIDAD DE MADRES
ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DEL CUSCO. AÑO 2012”**

TESIS PRESENTADA POR LA
MAGISTER:

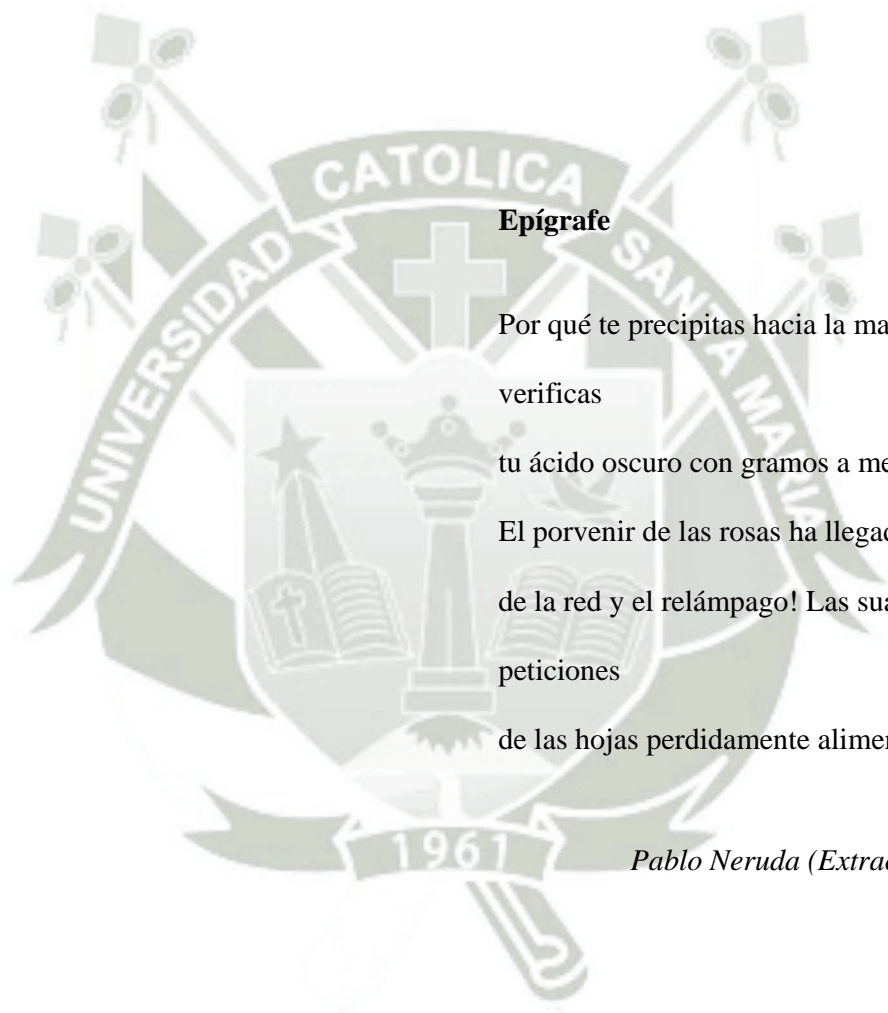
ORLINDA HUISA CONCHOY

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE:

**DOCTORA EN CIENCIAS DE LA
SALUD**

AREQUIPA - PERÚ

2012



Epígrafe

Por qué te precipitas hacia la maternidad y

verificas

tu ácido oscuro con gramos a menudo fatales?

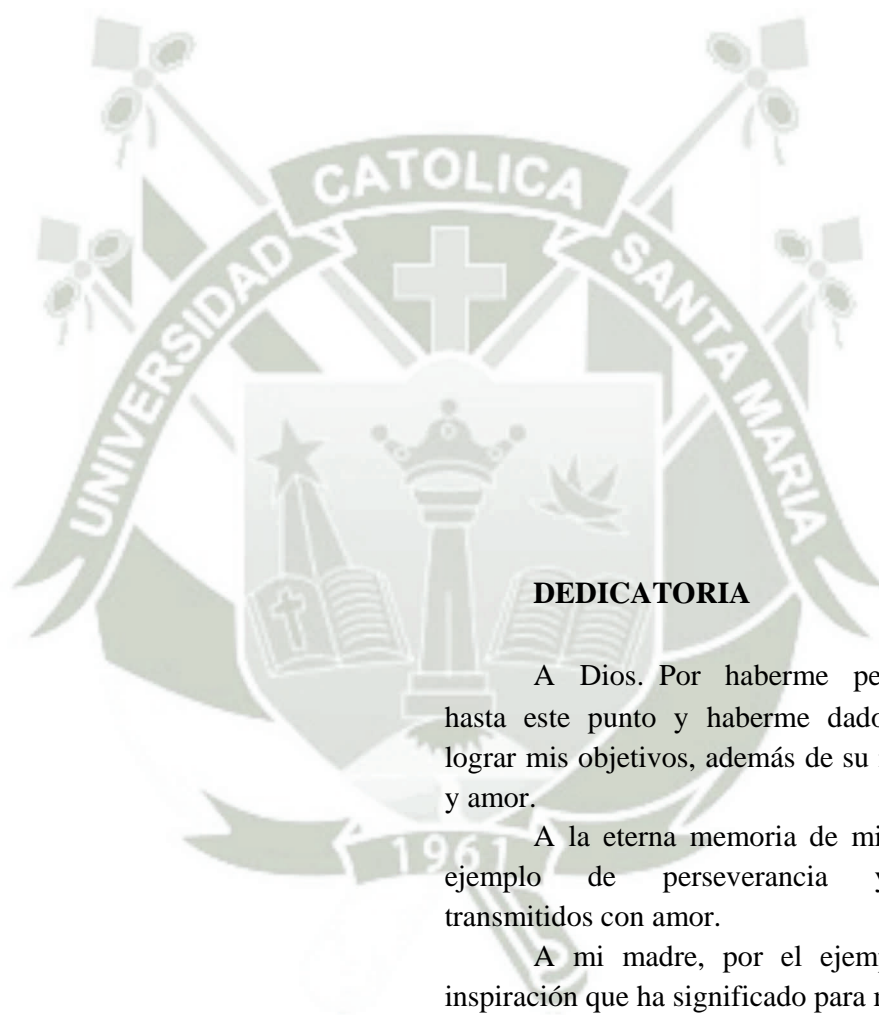
El porvenir de las rosas ha llegado! El tiempo

de la red y el relámpago! Las suaves

peticiones

de las hojas perdidamente alimentadas!...

Pablo Neruda (Extracto)



DEDICATORIA

A Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A la eterna memoria de mi padre, por su ejemplo de perseverancia y constancia transmitidos con amor.

A mi madre, por el ejemplo de vida e inspiración que ha significado para mí.

A las madres adolescentes por asumir su maternidad como una bendición de Dios, y a sus hijos por ser semillas de nuestro futuro.

AGRADECIMIENTOS

- En primer lugar, expresar mi más profundo agradecimiento a la Universidad Católica de Santa María y a los Docentes de la Escuela de Post Grado, por las enseñanzas impartidas en el Doctorado en Ciencias de la Salud.
- Al Dr. Abel Tapia Fernández, por sus enseñanzas y sapiencia, su tiempo entregado en cada reunión de asesoría, y sus palabras de aliento para concluir con este tan importante trabajo de investigación.
- Al Dr. Benjamín Paz Aliaga, por su ejemplo y enseñanzas que fueron una inspiración para el desarrollo de esta tesis.
- A todos mis docentes, del doctorado que aportaron en mi formación y ayudaron a concretar uno de los objetivos más importantes de mi vida.
- A mi hermana Luz Marina, por su apoyo invaluable.
- A mi sobrino Fredy por su apoyo y aliento para el desarrollo de este trabajo.
- A esa persona especial, por su apoyo y perseverancia en que este trabajo se concrete.

ÍNDICE

PORTADA.....	01
EPÍGRAFE.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
ÍNDICE.....	05
RESUMEN.....	06
ABSTRAC.....	07
INTRODUCCIÓN.....	08
CAPÍTULO I: RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	49
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES.....	60
REFERENCIAS.....	62
ANEXOS.....	71
• Primer anexo: Proyecto de investigación.....	72
• Segundo anexo: Instrumento.....	116
• Tercer anexo: Consentimiento del informado.....	120
• Cuarto anexo: Perfil de Proyecto.....	121

RESUMEN

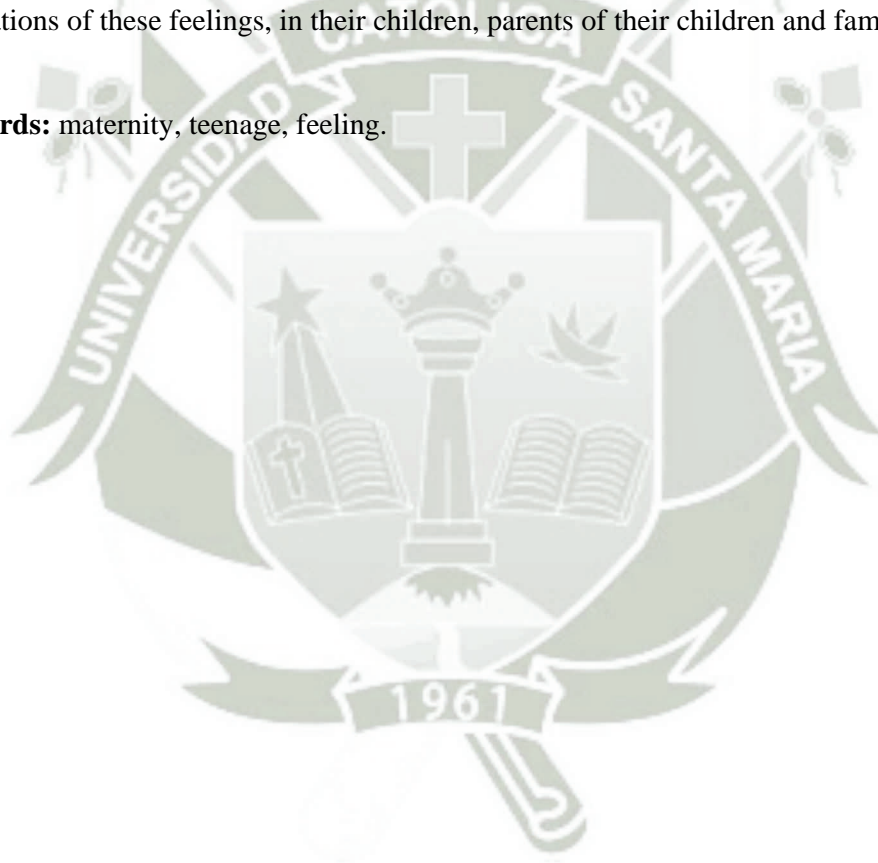
La maternidad en la adolescencia, es un problema de salud en la actualidad, siendo sus principales consecuencias negativas, la mortalidad materna. El objetivo principal del presente trabajo fue, analizar desde un enfoque cualitativo, los sentimientos de las madres adolescentes, desde tres perspectivas; sentimientos hacia su hijo(a), sentimientos hacia el padre de su hijo(a) y sentimientos hacia sus familiares; la muestra estuvo conformada por 17 adolescentes, que asistían a sus controles en la Comunidad Local de Administración de Servicios de Salud de Ttio (CLASS) perteneciente a la provincia del Cusco. Para recoger los datos, se emplearon entrevistas semi-estructuradas, el análisis de los datos se llevaron a cabo a través de las técnicas de análisis de datos y triangulación. Los resultados muestran que los sentimientos de las madres adolescentes, en su gran mayoría son de tipo negativo y rechazo, presentándose en muy pocos casos sentimientos positivos y de aceptación. Finalmente se discute las implicancias de estos sentimientos, en sus hijos, los padres de sus hijos(as) y familiares.

Palabras claves: maternidad, adolescente, sentimiento.

ABSTRACT

Motherhood in adolescence, is a health problem today, with the main negative consequences of maternal mortality. The main objective of this study was to analyze from a qualitative perspective, the feelings of teenage mothers, from three perspectives, feelings toward his son, feelings towards the father of her son and his family feelings, the sample consisted of 17 adolescents , attending their controls in the Local Community Management Ttio Health Services (CLASS) belonging to the province of Cusco. For data collection were used semi-structured data analyzes were carried out through data analysis techniques and triangulation. The results show that feelings of teenage mothers, are mostly negative type and rejection, occurring very rarely positive feelings and dem acceptance. Finally, we discuss the implications of these feelings, in their children, parents of their children and families.

Keywords: maternity, teenage, feeling.



INTRODUCCIÓN

De todos los problemas que padecen los adolescentes que van desde las enfermedades comunes, violencia juvenil, drogadicción, embarazo, maternidad, hasta el aborto, preocupa particularmente la maternidad en adolescentes debido al riesgo que, esta circunstancia implica para la salud, si bien la adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, donde se consolidan gran parte de las características personales, y además, donde existe cierta vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicológicos y problemas psicosociales (Vives y col., 1992). Las madres jóvenes y sus hijos parecen estar en alto riesgo de trastornos maternos, problemas socioeconómicos y médicos, la privación emocional e intelectual, el abandono y la depresión (Bingol, Reiningen, Rich, Isob, y Wasserman, 2010; Keeve, Schlesinger, Wight y Adams, 2011). Los efectos de la mala crianza parecen tener una influencia perjudicial en el desarrollo normal de las interacciones emocionales del niño en la infancia y en la edad adulta (Bakwin. y Bakwin, 2008; Drillen, 2009).

La maternidad en las adolescentes, es un fenómeno ampliamente extendido en todo América Latina y el Caribe, en Perú, 13 de cada 100 peruanas de entre 15 y 19 años ya son madres o están embarazadas por primera vez, cifra que se mantiene casi sin variación desde hace 11 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2011), implica que vivimos una de las más altas tasas latinoamericanas de problemas en adolescencia relacionada al embarazo.

El problema de la maternidad a edad temprana, reside en sus consecuencias negativas, pues la mortalidad materna, es mayor en las mujeres de 15 a 19 años de edad. Asimismo, están más expuestas a sufrir complicaciones de abortos realizados en condiciones de riesgo (Population Reference Bureau, 1996 y The Alan Guttmacher Institute, 1997) y en ciertos casos las madres adolescentes, sufren el rechazo de la sociedad, familia y progenitor (Yinger, Ochoa, De Sherbinin, Morris y Hirsch, 1992).

La maternidad en la adolescencia, es una situación muy especial ya que se trata de madres que no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol, la maternidad le cambia por completo su vida porque en nueve meses deja de ser niña para convertirse en madre, por duro que sea una adolescente no está preparada para ser mamá. Ahora con el poco desarrollo psicológico obtenido, las escasas habilidades sociales aprendidas y los pocos recursos económicos, la madre adolescente será responsable de si misma y de su hijo(a).

Independientemente de la edad, la transición a la maternidad puede ser impredecible y estresante. Ser madre adolescente es difícil bajo cualquier circunstancia, y los efectos del embarazo en la adolescencia, que tiene sobre la adolescente y la sociedad son inmensos (Shaefer y Emerling, 1997). Cuando se produce el embarazo en las mujeres jóvenes, la evolución de la relación madre-hijo puede ser influenciado negativamente (Koniak Griffin y Turner-Pluta, 2001) entre la madre y el niño, a largo plazo, podrían enfrentar una situación de desventaja social y económica (Kenny, 1995). A pesar del problema, hay poca información disponible en Perú, sobre el tema madres adolescentes, sus implicancias psico-sociales, familiares y económicas, y los efectos sobre sus redes sociales más cercanas.

Cuando se produce un embarazo, la mayoría de las adolescentes experimentan un parto riesgoso, de la misma forma, las madres jóvenes son significativamente más propensas a encontrar los resultados adversos del embarazo, como peso bajo al nacer, muerte perinatal y la hipertensión inducida por el embarazo (Adelson et al., 2002; Nassar et al., 2010; NSW Department of Health, 1995). Una gran proporción de madres adolescentes experimentan dificultades sociales y económicas (Fernández, Ruch-Ross, y Montague, 2003; Mercer, 1995), se convierten en beneficiarios de la seguridad social (El Instituto Guttmacher, 1999) y el 25% pueden dar a luz a un segundo niño dentro de 2 años (The Guttmacher Institute, 1998). Además, los hijos de madres adolescentes están predispuestos a ser víctima de abuso infantil (Kenny, 1995), por no haber terminado su educación secundaria y convertirse en madres adolescentes (Fetice, 1998). Aunque no se sabe mucho sobre las madres adolescentes y sus bebés, se sabe menos sobre el padre del niño. Estudios norteamericanos indican que los hombres adultos son responsables de hasta un 50% de un nacimientos de madres adolescentes en este país (Landry y Forrest, 1995; Larson, Hussey, Gittmore, y Gichrist, 1996; Taylor, Chávez, Chabra, y Boggess, 1997). Cuando hay una gran diferencia de edad existente entre la adolescente y la pareja que ella tiene, más probabilidades de experimentar un embarazo no deseado, y una vez embarazada, la continuación del embarazo da lugar a optar por un término de la relación (Darroch et al, 1999). En las relaciones de edades dispares, el acceso de la madre adolescente a los recursos económicos, sociales y educativos puede ser limitada (Fernández et al, 2003). Y la posibilidad de ponerse en contacto con el apoyo del padre del bebé, usualmente disminuye a medida que pasa el tiempo (Larson et al, 1996.; McVeigh, 2010). Aunque no existe una definición aceptada sobre

'la gran diferencia de edad "o" relaciones edades dispares que se ofrece dentro de la literatura científica, se han planteado preocupaciones acerca, del potencial de presión, abuso y abandono, cuando la pareja es significativamente mayor, que la madre adolescente (Darroch et al. 1999; Landry y Forrest, 1995).

Abordar el problema de maternidad en las adolescentes desde el punto de vista cualitativo, implica tener en cuenta las transformaciones sociales y emocionales, que han venido experimentando las adolescentes, en los últimos tiempos, la incidencia de estos cambios en los actores sociales, va en aumento, que se define como el conjunto de representaciones o ideas que se hace el actor social sobre su realidad, ya sea el entorno natural que lo rodea (naturaleza) o el entorno de sus relaciones sociales (sociedad), o ambas. Para indagar sobre la percepción de la "realidad" que tienen los investigadores adscritos a este paradigma, hay que partir de la asunción de que no existe una sola realidad, y sí múltiples realidades, que esboza cada individuo desde su "interior", en consonancia, el contexto histórico-social en el que se ha predefinido se considera bien-mal, verdadero-falso. En ese sentido, "es inaceptable desligar pensamiento y realidad, y se tiene la convicción sobre una realidad modelada y construida por nuestros pensamientos, en donde investigaremos según como formemos parte de esa realidad, desde nuestra perspectiva y posibilidad para conocerla (Yagüe, 2008).

Todo este proceso conlleva a que en una investigación cualitativa debe existir una relación específica entre el investigador y su "objeto" de estudio. La interacción entre las partes involucradas debe ser dinámica y flexible; se concibe como un intercambio desde la oralidad y actuación, donde el diálogo, que es la vía ideal para la exteriorización de experiencias, vivencias y otras informaciones que tributen a la concreción de lo que se indague. Se plantea que esa interrelación debe materializarse en un ambiente horizontal, no jerárquico, en el que los grados científicos, el éxito y prestigio del investigador no se conviertan en una barrera para la intercomunicación (Reyes, 1999).

Dicho de otra forma, las representaciones son la manera en que los seres humanos construyen mentalmente la realidad exterior. Este proceso ocurre en condiciones históricas concretas. Una vez realizada esta construcción mental, las representaciones o ideas influyen y orientan la práctica de los actores sociales y sus sentimientos. Desde esta perspectiva, el análisis de la problemática de la maternidad de

las adolescentes debe ubicarse en el conjunto de la sociedad y de la cultura, y no como un fenómeno aislado (Hayes, 1987).

En base al argumento antes mencionado, en el presente trabajo se tiene por objetivo describir el sentimiento de ser "Madre Adolescente" desde las perspectivas; de los sentimientos hacia el hijo(a), el padre de su hijo(a) y sus familiares. A la vez, podemos inferir que los sentimientos de las madres adolescentes pasan a constituir una población en riesgo tanto en el caso de hijos de madres adolescentes como para ellas mismas. Nuestro trabajo pretende ser un aporte en el tema, para contribuir con los enfoques de las prácticas preventivas brindadas a esta población, tanto en instituciones vinculadas al tema, madres adolescentes como a sus hijos(a) y relaciones entre sus redes sociales cercanas. En nuestro medio, el tema de sentimientos de madres adolescente ha sido poco investigado, por lo que se espera que, esta investigación tenga valor teórico y práctico.

La metodología del presente estudio estuvo enmarcada dentro del enfoque cualitativo, orientada al estudio de las experiencias humanas para obtener el entendimiento a través de la develación del fenómeno, de la subjetividad a través de las personas que dan sentido a sus vidas. Como es sabido, un investigador suscrito a ese paradigma reconoce que los sujetos son reflejo de su pasado y de su relación con la vida, que son "quienes configuran los mundos sociales por medio del significado que le dan a sus acciones, a las cosas que les rodean, a las otras personas." (Badilla, 2006). Sobre esa idea trata de intercambiar opiniones que fluyan espontáneamente en los marcos naturales donde se desarrollan esos sujetos. Se aboga por la eliminación de las rígidas y demarcadas formas de conocer la "realidad" que colocan al investigador como un ente superior, único protagonista, que pregunta constantemente y no es capaz de adecuar sus interrogantes y modos de expresión a las características propias de cada individuo ni a sus estados anímicos.

La parte central de la tesis, está dirigida a presentar los resultados, de la investigación, la cual se ha organizado de acuerdo a un orden metodológico, teniendo la siguiente estructura: En una primera parte, se presentan el contexto del estudio, seguidamente, las características demográficas de nuestra población de estudio, como la edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, aspectos económicos, edad del niños, entre otras. En una segunda parte se detallan las entrevistas individuales a profundidad, realizadas a las madres adolescentes, que fueron analizados e

interpretados de acuerdo a técnicas empleadas y a los objetivos planteados. Se continúa dando a conocer la discusión, las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presentan los anexos correspondientes.



CAPITULO I

RESULTADOS



CAPÍTULO I

RESULTADOS

Contexto de la investigación

La Dirección Regional de Salud Cusco, en su informe a través de la Etapa de Vida Adolescentes (2011), indica que, la población adolescente a la fecha es de 148, 900, que representa a un 11.68% de la población total.

El presente estudio se realizó en la Comunidad Local de Administración de Servicios de Salud (CLASS) de Ttio, que tiene 22 sectores entre áreas urbano y urbano marginales que atiende alrededor de 60 madres adolescentes como casos nuevos por año.

La inquietud por el alto número de casos de madres adolescentes que asisten a sus controles en los diferentes establecimientos de salud del Cusco, forma parte de la motivación de esta investigación, de corte cualitativo, el 2011 se registraron un total de 1808 casos de embarazos y partos en esta etapa de vida (DIRESA, 2011). La maternidad en la adolescencia constituye un importante problema de salud, no tanto por la mortalidad que origina o por su incidencia (que no son elevadas), sino por la magnitud de la morbilidad que acompaña a la madre y al niño. Sus principales consecuencias son: matrimonios forzados, maternidad no deseada, adopciones, etc. Sea cual fuere la opción escogida, tendrá una significativa repercusión en su futuro, en la gran mayoría de tipo negativo.

El análisis e interpretación estuvieron guiadas bajo el marco de las técnicas de análisis de contenido y la triangulación; en el primer caso, se utilizó para separar y dividir las partes de los métodos de recolección de datos, a fin de enfocar los elementos que lo componen, para luego decidir la parte del texto que se analiza; seguidamente, se procedió a identificar la unidad de análisis; para finalmente categorizarlas. Para la triangulación, el objetivo estuvo enmarcado en recoger y analizar datos desde distintos ángulos para compararlos y contrastarlos entre si, (Denzin, 1980, 1990); para ser más exactos se trabajó con la triangulación de datos y la triangulación múltiple (tres observadores).

Para la fiabilidad de los instrumentos, se recurrió al juicio de expertos, y para la parte del análisis de resultados, se enmarcó en la técnica de la categorización de varios codificadores (triangulación), en la cual participan diferentes especialistas para darle mayor consistencia interna y externa a los resultados.

CLASS de Ttío

La CLAS TTIO es un Órgano de Cogestión constituidos como Asociación civil sin fines de lucro, con personería jurídica conformada por personas naturales o jurídicas de derecho privado, con fines de colaborar con el Estado, en la administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud, en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Ámbito.

El ámbito jurisdiccional del centro de Salud CLAS TTIO, está conformado por los pobladores de las zonas que a continuación se mencionan: Ttío, San Borja, Progreso, La Florida, Reina de Belén, Simón Herrera, Vallecito, Santa Lucía, Sol Naciente, Señor de los Milagros, Velazco Astete, Hilario Mendivil, Los Álamos, San Judas Chico 1, 2 y 3, Kennedy A y B, Parque Industrial, José Olaya, José Carlos Mariátegui y el Asentamiento Humano Cápac Yupanqui. La sede de la CLAS TTIO, se ubica en el Centro de Salud de Ttío, cito en la Av. 28 de julio s/n, 3° paradero de la urbanización Ttío.

Organización de la CLAS Ttío.

Los cargos de la organización se designan mediante memorando de la Gerencia de la CLAS TTIO, mediante el cual se encargan las funciones y responsabilidades que se desarrollan según el Manual de Organización y Funciones.

Para la ejecución de las actividades asistenciales se han conformado equipos de trabajo en función al Plan de Salud Local. En la ejecución propia de las actividades, los equipos se organizan de acuerdo a los manuales de procedimientos de la CLAS TTIO.

Área: Atención integral del adolescente.

Servicio diferenciado encargado de la atención integral a la población entre 12 y 17 años en el consultorio adecuado para esta etapa de vida.

Funciones generales del responsable del servicio:

Realizar el inventario de bienes patrimoniales de su servicio y verificar diariamente su existencia.

Velar por el mantenimiento y conservación de los bienes asignados al servicio.

Planificar, organizar, ejecutar, supervisar y evaluar las acciones en esta etapa de vida con criterio de enfoque de riesgo.

Elaborar un diagnóstico de la situación de salud del adolescente relacionado a su entorno bio-psico-social.

Promover la participación del adolescente, la familia y la comunidad en el cuidado de la salud, cambios de comportamiento y control de daños específicos necesarios para su desarrollo integral.

Coordinar actividades de IEC correspondientes a esta etapa de vida.

Integrar al equipo multidisciplinario de salud para alcanzar las metas programadas.

Trabajo de campo

Las entrevistas se realizaron, previo contacto con el servicio de salud integral del adolescente y de la adolescente del CLAS de Ttio, para posteriormente realizar visitas domiciliarias, y concertar una cita con las madres adolescentes, esto de acuerdo a su disponibilidad de tiempo y en los lugares que ellas mismas eligieron, cabe indicar que estos, no fueron en el CLAS, ni tampoco en sus domicilios. Antes del inicio de la entrevista, se dio a conocer el objetivo del estudio y luego pasaron a firmar el consentimiento después de informado. Durante el desarrollo de esta, en un primer momento se observó algo de desconfianza; pero, a medida que se avanzaba con la entrevista, las adolescentes se mostraron colaborativas y empezaron a mostrar una

actitud más abierta y de confianza con la entrevistadora, informando en algunos casos con narrar detalles de su vida, cargados emocionalmente. La investigadora en todo momento orientó a las participantes, y resolvió sus dudas, de la misma forma brindó el apoyo emocional, durante el desarrollo de las entrevistas.

Análisis de los datos.

El análisis de las historias, fue realizado durante todo el proceso de investigación, se utilizó la técnica de triangulación, lo que implicó llevar a cabo las siguientes tareas: lectura de las historias, identificación de categorías de análisis, ordenamiento de las categorías cuidando que fueran excluyentes y exhaustivas, asignación de códigos, relectura de las historias, codificación y segmentación de la información. Para interpretar los resultados se recurrió a la comparación de la información obtenida con los antecedentes teóricos referidos al tema estudiado.

Muestra

La muestra estuvo constituida por un grupo de 17 madres adolescentes, de edades comprendidas entre 15 a 19 años, de ellas según su estado civil 10 eran convivientes y 7 madres solteras, se detalla la información en las tablas siguientes.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1: Edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	3	17,6
16	1	5,9
17	3	17,6
18	9	52,9
19	1	5,9
Total	17	100,0

En la presente tabla, observamos que la mayor parte de nuestra muestra con respecto a la edad se encontraba entre los 18 años, llegando a significar un 52,9% del total, y contando sólo con una adolescente de 17 y 19 años, que representan un 5,9%.

Tabla 2: Estado Civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	7	41,2
Conviviente	10	58,8
Total	17	100,0

Con respecto al estado civil, observamos que no existe una diferencia marcada entre las convivientes y las solteras siendo un margen del 17.6%, que las separa.

Tabla 3: Grado de instrucción.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	3	17,6
Primaria incompleta	1	5,9
Secundaria completa	4	23,5
Secundaria incompleta	6	35,3
Superior incompleta	3	17,6
Total	17	100,0

En la presente tabla observamos, que la mayor parte de nuestras participantes, tienen el grado de escolaridad de secundaria incompleta, lo contrario a esto nos muestra que sólo una participantes tiene primaria incompleta, que significa un 5,9%.

Tabla 4: Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	4	23,5
Ama de casa	10	58,8
Comerciante	1	5,9
Trabajos eventuales	2	11,8
Total	17	100,0

En la tabla, apreciamos que con respecto a la ocupación que tienen, existe un 58,8% que son amas de casa, seguido de un 23,5%, que son estudiantes, teniendo sólo una comerciante, esto nos indica que existe una dependencia económica, que se detallará mas adelante.

Tabla 5: Quien solventa sus gastos

Fuente de solvencia	Porcentaje	Frecuencia
Depende de los padres	4	23,50
Depende de la pareja	8	47,10
Independiente	4	23,50
Apoyo de un hogar	1	5,90
Total	17	100,00

Con respecto a la pregunta, quien solventa sus gastos, el 47.1% depende de la pareja, y manteniendo una misma conducta de 23.5%, se encuentran las que dependen de sus padres y las que son independientes.

Tabla 6: Edad del niño.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
0 – 6 meses	9	52,90
6 – 12 meses	6	35,30
2 – 3 años	2	11,80
Total	17	100,00

Observamos que en la mayoría de madres adolescentes, la edad de su hijo se encuentra entre los 0 a 6 meses, siendo 9 que representa a un 52.9% del total; y si sumamos al segundo, tendremos un porcentaje de 80.2% que se encuentra dentro del primer año, que es bastante significativo.

Tabla 7: Sexo del niño.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	10	58,80
Femenino	7	41,20
Total	17	100,00

Con respecto al sexo del niño, el presente cuadro nos muestra la mayoría de las madres adolescentes tienen hijos del sexo masculino que es el 58.8%, lo cual no marca una diferencia significativa con el sexo femenino que le sigue con un 41.2%.

I.- CARACTERIZACIÓN DEL SENTIMIENTO “DE SER MADRE” DE LAS ADOLESCENTES HACIA EL HIJO(A).

1.1 Sentimientos de la adolescente frente al embarazo.

- “He **llorado** mucho.....para mi todo el mundo se cayó encima de mi...”
- “He **llorado** demasiado no quería saber nada con mi hijo...”
- “muchas veces le pegaba a mi barriga por que no lo quería, **renegaba** mucho”
- “Un **poco triste** por que no pensé tener un hijo tan joven, me puse muy **preocupada** intranquila tenía **miedo** de todo, no sabía como reaccionar, mi mamá estaba lejos con mis hermanos, que me dirían, no sabía”
- “Al principio me dio un **poco de miedo**, **me asusté** no sabía que hacer, pero **a la vez me dio felicidad** por que había una cosita que estaba formando dentro de mi eso si me desesperó bastante...”
- “Me **dio mucho miedo**, no sabia que hacer, me sentía mal, por qué? Cómo me había pasado esto a mí...”
- “Bueno yo no esperaba tener un hijo todavía por que era muy joven...”

- “Me sentí **muy alegre**, porque siempre quería tener un bebe de él, por que el era mi primer enamorado, padre de mi hijo...”
- “No lo podía creer, pensé que sólo mi regla se me había atrasado...”
- “Me sentí **un poco mal** no sabía que hacer, **estaba triste**, fui a caminar al río a pensar y a seguir pensando que hacer... no lo podía creer luego de todo vi que lo único que me quedaba era **resignarme**; porque que iba ha hacer ya todo estaba hecho...”
- “Me pasaron muchas cosas por la cabeza; casi me desmayo, me dio mucho **miedo, tristeza, cólera**, me puse a pensar que **fui muy tonta** por no cuidarme, **me echaba la culpa...**”

Triangulación de datos. Sentimientos propios de la adolescente.

“He llorado mucho.....para mi todo el mundo se cayó encima de mi..Quería abortar; los doctores no quisieron por que era muy joven y corría riesgo; he llorado demasiado no quería saber nada con mi hijo, muchas veces le pegaba a mi barriga por que no lo quería renegaba mucho....soy a la única a la que me pasó está mala suerte” (Vanessa, estudiante, 15 años).

“Muy mal sólo tenía sueño, también miedo más que todo por como hablaría la gente dirían “es adelantada”, y también por mis papás que aunque no vivía con ellos siempre me hacían problemas “. (Bertha, ama de casa, 16 años).

*“Bueno yo no esperaba tener un hijo todavía por que era muy joven, no venía la regla. Cuando fui a la posta hay recién me dijeron que estaba embarazada, al principio me dio un poco de miedo, me asusté no sabía que hacer, pero a la vez me dio felicidad por que había una cosita que estaba formando dentro de mi eso si me desesperó bastante, había pensado en bajármelo con ayuda de algunas amigas me sentí también muy triste por que les había pagado muy mal a mis padres...” **NARRA MUY TRISTE** (Katy, ama de casa 15 años).*

Las madres adolescentes, asumen solas la tarea de mayor trascendencia social, la cual es la de "maternar". Esta tarea no sólo implica el cuidado de la salud y la alimentación del hijo(a), sino que debe cumplir con la responsabilidad social y cultural que la historia le ha otorgado de convertir a ese hijo(a) en un ser autónomo, mediante la educación y la transmisión de los valores sociales y culturales de la sociedad. Esta responsabilidad la ha tratado de asumirla en la soledad absoluta, pues ni el Estado, ni el cónyuge ofrecen las mínimas garantías para hacer de la procreación un acto más allá de lo meramente biológico; además, las madres adolescentes tienden a desarrollar sentimientos de miedo y tristeza. Por el contrario se sabe que, un buen nivel socio-económico, unión estable y metas educativas claras y posibles, favorecen la adaptación de la joven a su rol de madre y posibilitan su afrontamiento exitoso (Vásquez y Piñeros, 1997).

Sentimientos de rechazo

- “Siempre quise abortarlo, no lo quería, siempre me daba ganas de vomitar y toda la culpa la echaba a mí embarazo, no soportaba, me incomodaba, era muy feo para mí, la verdad por mí me lo sacaba, pero como siempre esa mi amiga me hablaba para no hacer eso...me sentía muy bien cuando ella me visitaba; todos esos dolores se me pasaban cuando iba donde ella”.
- “Le pegaba a mi barriga...cuando estaba a solas le insultaba”
- “Le decía no te quiero por que no te mueres,...por tu culpa estoy así...”
- “Cuando tenía ocho meses de embarazo quería abortarlo, por que era mucho para mí, es terrible estar embarazada, mis pies se hinchaban, es feo”.
- “No lo quería, me pegaba la barriga, quería que se muera dentro de mi barriga, un día me caí a propósito, él bebe no se murió, hemos ido donde abortan, no quiso el señor por que el bebe ya estaba grande, dijo que ya no se podía....ya estaba muy grande”.
- “No quería saber nada con mi hija, quería abortar....”.

Triangulación de datos. Sentimientos de rechazo.

“Le pegaba a mi barriga.....no quería saber nada con mi hija, quería abortar....le decía no te quiero por que no te mueres, por tu culpa estoy así.....Mi profesora me decía que tenía que hablarle sólo delante de ellos le hablaba cuando estaba a solas le insultaba.....todos los días lloraba”. (Vanessa, 15 años).

“Siempre quise abortarlo, no lo quería, siempre me daba ganas de vomitar y toda la culpa la echaba a mi embarazo, no soportaba, me incomodaba era muy feo para mí, la verdad por mí me lo sacaba, pero como siempre esa mi amiga me hablaba para no hacer eso.....me sentía muy bien cuando ella me visitaba; todos esos dolores se me pasaban cuando iba donde ella”. (Victoria, 18 años).

“Yo me sentía aburrida, no podía estar tranquila, siempre me venían unos cólicos, además yo quería abortar a mi hijo cuando estaba gestando de seis meses por que tenía problemas con mi pareja”. (Noemí, 17 años).

Las presiones económicas, las condiciones precarias de atención prenatal, la pobreza, el desgaste físico y los sentimientos de frustración del núcleo familiar los asume la mujer en un acto de su maternidad; ella sabe que debe cuidar esa nueva vida, que tiene que garantizarle alimento, vestido y crianza; además, de reproducir ideológicamente los valores culturales que la rodean.

Las voces de estas mujeres no hacen otra cosa que dar cuenta como se señala en otros estudios, la situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil, puesto que en ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que trae consigo el embarazo temprano, las que originan ciertas reacciones de su entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; el vacío afectivo; etc. Las madres jóvenes y sus hijos (a) parecen estar en alto riesgo de trastornos maternos, problemas socioeconómicos y médicos, la privación emocional e intelectual, el abandono y la depresión, lo cual aumenta el sentimiento de rechazo hacia su hijo (Bingol et al. 2010).

Sentimientos de aceptación

- “Siempre mi pareja insistía en que lo abortara a mi niño, yo siempre me estuve negando, él es malo y dije aunque sea sola saldré adelante con mi hijo, dije que nadie me haría cambiar de opinión, además, tenía miedo por que escuche que te meten muchas cosas, además, este bebé no tiene la culpa de nada, solo cuando me acordaba que mi pareja me había abandonado hubiera preferido abortarlo”
- “Nunca se me cruzó por la cabeza abortar a mi bebé por que yo si quería tener un niño, además yo estaba buen tiempo con mi pareja (4 años) y eso me daba seguridad y estaba muy convencida de tenerlo y hasta ahora no me he arrepentido”.

Triangulación de datos. Sentimientos de aceptación.

“Me sentía muy mal, el bebé se movía mucho y me hacia doler yo no sentía mucho cariño por él; sólo quería que nazca sano y a veces me preguntaba ¿será varón o mujer? Pero yo quería tener una hija mujer. Me dio ganas de abortarlo, me preguntaba que voy hacer con mi wawa. Como voy a amamantarlo? ¿Qué dirá mi padre.....la gente? Yo quería irme lejos .yo quería viajar a Lima, para que nadie se enterase; pero mi pareja no quería, él me dijo yo te voy a ayudar.....él si quería a nuestro hijo”.
(Bertha, 16 años).

“Nunca se me cruzó por la cabeza abortar a mi bebé por que yo si quería tener un niño, además, yo estaba buen tiempo con mi pareja (4 años) y eso me daba seguridad y estaba muy convencida de tenerlo y hasta ahora no me he arrepentido”. (Fanny, 18 años).

“La verdad que al comienzo no sentí nada; pero conforme iba viendo crecer mi barriga recién empecé a sentir algo así como cariño hacia mi hijo; a pesar de las molestias que me causaba sentí nauseas, mareos y dolores corporales”. (Elki Katherin, 18 años).

La teoría del vínculo afectivo desarrollada por Bowlby en su trilogía *Attachment and loss* (1969, 1973, 1983); postula la necesidad humana para formar intensos vínculos afectivos con otras personas. La teoría descansa en el evolucionismo, la teoría del psicoanálisis y la teoría de Piaget. La cuestión de por que los recién nacidos se apegan a sus figuras de apego se responde desde el evolucionismo, el motivo de que están predispuestos genéticamente al apego ya que tiene un valor de supervivencia.

En los casos de Bertha, Fanny y Elki, madres jóvenes, pensaban que era probable que eran demasiado jóvenes para tener un hijo(a) cuando quedaron embarazadas, a pesar de que habían hecho el mejor de sus esfuerzos cuando se convirtió en una madre. Sin embargo, ellas sabían que una vez que estaban embarazadas, habían tomado la decisión correcta, y no haber pensado en tener un aborto, aunque tenían mucha presión por parte de su familia, para terminar con su embarazo.

1.2. Sentimientos frente al nacimiento de su hijo(a).

- “Sentía **cariño**..., pero también **vergüenza** a la gente del que dirán, me verán cargándolo; dirían mira como esa chica tiene su hijo”
- “Sentí **Felicidad**, por que pude ver cuando lo pusieron sobre mi barriga, no lloraba, **lo lacte** y me dio **miedo**; también me sentí bien porque **mis amigos** me brindaron **su apoyo** y me visitaron”.
- “Sólo escuché cuando lloraban los bebés, **sentí tal vez que no estaba bien**.....fue lo primero que se me ocurrió y luego todo era **alegría**, por que los 9 meses de tortura ya habían pasado”.
- “Le sentía un poco de **cólera** por todo el dolor que estaba pasando por tenerlo; aunque cuando le di de **lactar sentí un poquito de cariño**; pero igual sentía mucha cólera por todo lo que estaba pasando y más con mi pareja con quien teníamos muchos problemas”.

Triangulación de datos. Sentimientos frente al nacimiento de su hijo(a).

*“Lo vi un ratito cuando nació.....cuando lloraba sentí un **poco de cariño y amor**, tenía mucho miedo de tan sólo pensar que en unos minutos me traerían a mi hijito, cuando me lo trajeron para darle su leche empecé a quererlo más. Inicialmente, sentí mucho miedo; pero poco a poco lo fui queriendo mucho más, cambie de actitud hacia la vida empecé a valorar más las cosas, empezando por mi madre, la valoré por que ella en algún momento había pasado por lo mismo que yo estaba pasando”. (Elki K. 18 años)*

“No sentí nada, me sentía muy rara, no se parecía nada a mí, lo miraba y no podía creer, todo era tan confuso”. (Luz, 19 años).

“Cuando quisieron ponerlo en mi pecho y lo vi entrar por la puerta empecé a gritar que no lo quería verlo....,dije que se lo llevaran, estaba muy confundida, no lo quería y luego lo enviaron a un hogar y yo me fui a mi casa, en el hogar estuvo 6 meses y a verlo fui solamente una vez”. (Milagros, 15 años).

Las consecuencias de orden psicológico, no son menos importantes para la madre. En adolescentes embarazadas se descubren con frecuencia sentimientos de autodestrucción, agresión hacia todo lo que represente autoridad, falta de responsabilidad o súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda.

De acuerdo a lo interpretado durante el análisis de las entrevistas, puede afirmarse que, entre las adolescentes participantes, el embarazo no fue planificado, su confirmación es fuente de sentimientos de sorpresa, desconcierto, temor y culpa. La maternidad es sentida como algo inesperado y adverso, y por ello tiende a ser negado y ocultado, en este mismo sentido, estudios, como los de Baranowsky, Schillmoller y Higgins (1990), estudiaron las prácticas maternas en un grupo de madres adolescentes, encontrando interacciones madre-hijo(a) poco frecuentes, de baja calidad, intrusivas y que ponían en riesgo la adaptación del niño al medio.

Triangulación. Sentimientos positivos de la adolescente en relación al nacimiento de su hijo(a).

*“Ahora la quiero. Amarrándola le digo “discúlpame hija por haberte pegado dentro de mi barriga” ahora me duele todo lo que le he hecho dentro de mi barriga **SE PONE A LLORAR***

Ahora me da alegría con el apoyo de la enfermera estoy aprendiendo muchas cosas”.
(Vanesa, 15 años).

“Sé que es una responsabilidad; pero me siento muy alegre, siento que amo a mi bebé soy aún joven lo que me toca es trabajar y superarme por él, ahora me dedico a él.....todo ha pasado a un segundo plano”. (Fanny, 18 años).

“Yo le tengo bastante afecto, alegría y más cuando la tengo muy cerquita, siento que estoy madurando más; a veces se me vienen a la cabeza cosas como arrepentimiento de haberlo tenido tan joven, que no podré estudiar, ya no podré hacer muchas cosas para mí, ahora tengo que pensar en mi hijo; tengo que dedicarme a él, cuidarlo, es una tarea difícil. (Elki Katerin, 18 años)”.

Existen estudios que ponen en evidencia las experiencias positivas de la maternidad en la adolescencia, en general, las madres jóvenes fueron muy positivas acerca de sus experiencias de la maternidad. Aunque a veces dificultades descritas habían sido a través de las adaptaciones que los tenían que hacer, en general se consideró que había valido la pena el privilegio de tener hijos (a). Se ha descrito que aún tienen una actitud infantil, y el cambio en ellas les permite crecer, como mujeres que se sentían orgullosas de sus hijos y querían lo mejor para ellos y en algunos casos, querían cuidar de ellos de una manera que ellos mismos no habían experimentado. También fueron realistas acerca de sus responsabilidades, algunas se dedicaron a tiempo completo como madre, tan importante, mientras que los hijos eran pequeños, pero esto no significa que no tiene planes para el futuro (Seamark y Lings, 2004).

Triangulación. Sentimientos negativos de la adolescente en relación al nacimiento de su hijo(a).

“Es bastante responsabilidad, me preocupo en cada momento.....como están bien o no? es un poco difícil estudiar con mi hijo, pero ahí estoy esforzándome.” (Yenisel, 18 años).

“Es una gran responsabilidad, creo que no es mi mejor momento, me siento frustrada por que casi no puedo hacer nada, es bien difícil y más aún en mi situación económica a veces yo y el nos hemos quedado sin comer por que no tenemos plata y eso me da cólera.” (Victoria, 18 años).

“Para mí; mi hijo es un atraso; porque no me deja trabajar, a mí me gustaría trabajar, pero no puedo, no puedo dejarlo a nadie; no tengo a mis padres, solo vivo con mi tía a pesar de que a veces me dice déjamelos; yo no confié en ella tengo miedo de que lo hagan llorar o lo pegaría”. (Florencia, 17 años).

Tal como se evidencian en los diálogos con Yenisel, Victoria y Florencia, también existen investigaciones que han estudiado las relaciones afectivas madre-hijo(a). Al respecto, algunos autores consideran que la mayoría de las madres adolescentes se enfrentan a las tareas que demanda la maternidad a una edad en la que no se encuentran preparadas para desempeñarlas. Según Brooks-Gunn y Chase-Landsale (1995), la adopción abrupta del rol de madre genera en muchas adolescentes diversos conflictos que interfieren con sus habilidades maternas y les dificultan la posibilidad de proveer un ambiente socioemocional adecuado para el niño.

Dentro de esta situación, estudios recientes han mostrado que las madres adolescentes tienen dificultades para regular sus estados emocionales, lo cual se evidencia en altas tasas de depresión y de cambios afectivos. Estos estados hacen que sean menos sensibles con sus hijos(as), estén menos disponibles emocionalmente y promuevan el establecimiento de vínculos afectivos inadecuados con sus hijos(as), en particular durante la niñez y los años pre-escolares.

Esto trae como consecuencia dificultades en el proceso de socialización de los niños y afecta su ajuste social y emocional con otros niños y adultos, en contextos sociales diferentes a la familia (Osofsky, Hann y Peebles, 1990).

Triangulación de datos. Sentimientos de valoración y reconocimiento de ser madre.

“Es algo lindo, ha cambiado totalmente mi vida, antes salía mucho, ahora me preocupa todo, me importa mis estudios, no sé con quien dejarle a mi hijita para continuar mis estudioscuando empecé a vivir sola era desesperante, no sabía que hacer, me desmayaba a cada rato, no sabía que hacer, ahora vivo con mi suegra.” (Luz, 19 años).

“Es mucho trabajo a cada rato tienes que darle su leche, lavar sus pañales, atenderlo, no dormir, para mí es un sacrificio grande, me siento muy cansada ya casi no tengo tiempo para arreglarme, salir, todo es mi bebé, todo es él”. (Antonia, 18 años).

“Para mí es una gran responsabilidad, ya no tengo más horas libres hasta el punto de aburrirme, no adoro a mi hija por que me ha frustrado en mis estudios, siento un poco de rechazo por que no lo quiero a su papá “el bebé se parece más a su papá” siento que no estoy enamorada con mi pareja”. (Carmen, 18 años).

Las madres adolescentes deben asumir una multiplicidad de roles, que son aquellos que conllevan a una tarea de adultos como es la maternidad, para los cuales no están psicológicamente maduras, como se explicó, anteriormente, ya que siguen siendo niñas, cognitiva, afectiva y económicamente (Guzmán, 2000).

Las funciones que la madre cumple con este bebé que recibe en sus brazos facilitan ciertas experiencias decisivas para la constitución de su psiquismo. Dentro de estas funciones, la que la madre lleva a cabo a través de la experiencia alimentaria tiene una importancia enorme pues, de hecho, gran parte de la vida de vigilia del bebé en un comienzo tiene que ver con la alimentación. Se encontró que la mayoría de las jóvenes presentan dificultades en la alimentación de sus bebés debido a mastitis, costras en los pezones, o a la falta de producción de leche.

Este proceso de adaptación y aceptación de la adolescente en su nueva condición de madre es lento y largo, necesita del apoyo y seguimiento de los Servicios de Salud y su red social primaria, familia, así como también la participación constante del padre, quién actúa facilitando los mecanismos de movilización de vínculos afectivos, para la recepción positiva de la maternidad.

Triangulación de datos. Comunicación verbal de la madre con su hijo(a).

“Hablo, juego, le llevo a pasear los Domingos , le baño.....nos bañamos juntas y a veces dormimos juntas y lloramos, Ahora la quiero; pero no mucho a veces no la quiero y a veces todo quiero para ella”. (Vanessa 15 años).

“Si; le digo Agu, Agu a veces me dice ¡Mamá!.,ya sabe alcanzar las cosas, me alcanza su tacita. Todo se mete a la boca le digo Michaelcito, hijito y sonrío conmigo, el me entiende”. (Berta, 16 años).

“A veces le hablo y le digo que lo quiero por que me enseñaron que lo diga; juego con él por que me enseñaron a hacerlo; no quiero dormir con él por que duerme chueco y a veces se orina en mi cama y eso no me gusta”. (Milagros, 15 años).

La reflexión del presente análisis nos lleva a considerar la participación de la madre como ente fundamental en el proceso de comunicación, para dar sentido a las experiencias vividas por el niño. Su participación en el procedimiento es indispensable, pues es en ella que el niño aprende a reconocer al otro y adquiere confianza para entablar otras relaciones. Respecto a las palabras, la madre suele dirigirse a su bebé con diminutivos por la misma situación regresiva en que se encuentra y para nivelarse con el bebé, de este modo, acoplarse para obtener mayores posibilidades de buena comunicación.

En cuanto al diálogo (la forma verbalizada de la comunicación), Stern (1997), señala la existencia de un diálogo no común en la díada madre-bebé; es decir, un monólogo de la madre en forma de diálogo imaginario, porque la madre deja después de cada una de sus intervenciones un espacio de tiempo para la supuesta respuesta del bebé.

Triangulación de datos. Comunicación gestual de la madre con su hijo(a).

“Les respondo cada que hablan algunas palabras, me trato de comunicar con gestos y con caricias”. (Yanisel, 18 años).

“Yo siempre lo acaricio, cuando lo cambio todo el rato, además, le gusta jugar conmigo, me sonrío a cada momento”. (Noemí, 17 años).

“Yo le hablo y ella me entiende; me mira me sonrío, nuestra comunicación es con gestos”. (Florencia 17 años).

La relación establecida con estas madres puede representar las bases de sus futuras relaciones con los demás seres humanos o con los acontecimientos de su vida. Por tanto, si el niño no obtiene los subsidios necesarios para desarrollar un vínculo con la madre, desde los primeros días de vida, esta situación se reflejará en la capacidad del niño para no poder establecer relaciones satisfactorias. El lazo afectivo entre madre e hijo(a) se establece en los primeros 24 meses de vida, que es el resultado de constantes interacciones mantenidas entre ambos desde el nacimiento. La madre es la persona que responde o estimula las manifestaciones del niño como: sonrisas, lloros, balbuceos, frío, hambre y dolor. En el caso de las madres adolescentes, se ha demostrado que éstas parecen ser incapaces de satisfacer las necesidades emocionales de sus bebés, por la falta de habilidades para reducir el estrés y la ansiedad de sus hijos(as); sus respuestas tienden a ser breves, carente de apoyo verbal y poca o ninguna conducta sonriente (Jones, Green y Kraus, 2011)

Triangulación de datos. Deficiencia en la comunicación de la madre con su hijo(a).

Bueno soy poco comunicativa; como el bebé recién tiene 4 días, su papá es quien se comunica más con su hijo. (Elki, 18 años).

Casi no tengo mucho tiempo para hablar con él por que más estoy pensando de donde sacar dinero todos los días; sólo cuando estoy en mi puesto hablo con él, pero solo un ratito; nada más...son mis amigas las que se distraen con él; yo no y menos su padre es un irresponsable. (Victoria, 18 años).

Hablo muy poco con mi hijita, es que creo que es por que estoy resentida, no tengo de que hablar, siempre lo veo en la casa a su papá y eso no me gusta, recordar a su padre. (Carmen, 18 años).

Se ha observado que, en la mayoría de madres adolescentes, se encontró que son ellas quienes desde el comienzo tienden a acomodar a los bebés a sus necesidades y no a la inversa, como sería lo esperado. Presentan dificultad para identificarse con ellos y para comunicarse, siendo difícil identificarse claramente con las necesidades de sus hijos, lo cual hace que con frecuencia sientan culpa por no saber cómo proceder con ellos. Esta dificultad para comprender las experiencias emocionales de sus hijos(a), hace que tiendan a proyectar afuera los momentos caóticos de la relación con el bebé y busquen en contenidos culturales la manera de comprender estas experiencias, que de otra manera serían incomprensibles para ellas (Rodríguez, 2005).

El carácter netamente autorreferencial de este proceso comunicativo entre la madre y él o la recién nacida, se expresa con claridad en las manifestaciones comunicativas del bebé, ya que a pesar de no disponer de un lenguaje convencional, procesa los estímulos comunicativos y les hace devoluciones (es decir, modifica los estados de displacer e intranquilidad por placer), que no sólo corresponden a las expectativas de la madre, sino a sus propios estados internos. Lo cual a veces actúa como una variable limitante para la normal expresión de la madre con su hijo(a).

1.3. Sentimientos de las adolescentes hacia los padres, familiares y entorno social:

- “Pero más **miedo** me daba pensar **que mis padres se enterarían**, como yo me había ido con mi capricho, prácticamente me había escapado y ahora otro problema más...”
- “Tenía mucho **miedo de que se enteraran mis padres y amigos**, que **dirían**, mis padres se dieron cuenta cuando yo estaba por los 6 meses de embarazo porque tuve signos de alarma...”
- “**Temor a mis papás y mis tíos**; porque yo dependía de ellos, sobre **todo a mi papá**.....yo quería escaparme, irme de mi

casa y que nadie se entere; incluso **quise quitarme la vida, no quise existir más...**”

Triangulación de datos. Sentimientos hacia los padres, familiares y entorno social:

“Yo no le podía contar a mi mamá por que le tenía mucho miedo..., yo le tengo mucho rencor y cólera a mi padrastro ..no quisiera verlo, me da miedo, tengo mucho miedo de ver a ese hombre”. (Vanessa, estudiante, 15 años).

*“...la primera que se enteró fue mi tía y se lo contó luego a mi mamá, y ella me jaló del cabello, me cacheteó, mi abuela también me gritó; pero, después aceptaron para poder llevar mi embarazo y dijeron que me ayudarían con lo que podrían, pero hasta ahora me siento un poco mal porque les fallé a mis papás”...**QUERIENDO LLORAR...** (Katy, ama de casa, 15 años).*

“Mi mamá se puso muy molesta conmigo, y ella ya se enteró cuando tenía tres meses, ella se enojó conmigo, me dijo que era muy joven para tener un hijo, y dijo que me ayudaría con lo que pudiera”. (Noemí, trabajadora, 17 años).

Como hallazgo central, se describe la característica predominante que envuelve a las mujeres gestantes adolescentes en una maternidad como conflicto, por las múltiples expresiones de inequidad social en que viven, reforzadas por unas relaciones de género patriarcales donde el reproche a la gestación, la violencia contra la mujer, la dominación y la marginación hacen parte de su cotidianeidad, llevando a la adolescente en muchas ocasiones a canalizar sus emociones negativas acumuladas, hacia sus propios hijos. Las condiciones precarias en que deben desenvolverse estas madres y sus hijos(as) pueden traducirse en un mecanismo de transmisión de la pobreza.

Sin embargo, hay que decir que una parte importante de esta vinculación se relaciona con el origen mismo de la adolescente en términos del grupo étnico y del nivel socioeconómico del que proviene, del contexto familiar en el que creció y de los obstáculos que la sociedad pone en su camino para su crecimiento y desarrollo adecuado (Stern, 1997).

Una hipótesis similar ofrece Castillo (2002), quien a partir de un abordaje sistémico del problema de la feminización de la pobreza, señala que la feminización de la pobreza es un proceso dinámico que se halla fundamentalmente en los flujos reproductivos de la pobreza extrema, donde la causa más importante en la reproducción de la pobreza extrema es el embarazo precoz.

1.4. Sentimientos de las adolescentes que influyen en el vínculo madre-hijo(a) relacionados con el plan de vida

- “**Si no, hubiese tenido una hija; yo hubiese estudiado...**hubiese estado con mis compañeras; pero ahora me doy cuenta que todo depende de mí, solo quiero salir adelante con mi hija”.
- “**A mi me hubiera gustado estudiar,** no puedo vivir con mi familia, deje mi casa, **ya no tengo amigas,** ellas se alejan cuando se enteran que tienes un hijo. Sus papás, ya no quieren que se junte conmigo, por que les dicen a sus hijas “tal vez tú también sales embarazada”
- “Es que ahora **ya no puedo estudiar, no puedo trabajar,** a veces me arrepiento de haber tenido a mi hijo; por que me siento con los brazos amarrados que **no puedo hacer muchas cosas**”.
- “**He dejado de estudiar** por que no tengo tiempo, además, **no puedo trabajar** solo por ahora; por que más adelante pienso trabajar”
- “Con un niño en brazos **no puedo estudiar ni trabajar, es un atraso para mí,** la verdad es que **me siento inútil,** ya nada es como antes, nada, ni puedo trabajar y es peor cuando mi hijo se enferma y a veces no se que hacer para pagar los medicamentos de mi hijo ya que ni siquiera tiene SIS por que no lo inscribí en los registros”

Triangulación de datos. Sentimientos de las adolescentes relacionados con el plan de vida.

“No puedo trabajar todo el día, todo el día estoy a su lado, por que debo cuidarlo, cuando esté más grande podrá trabajar, ahora ya no salgo mucho ni a bailar, ni a pasear, ni con mis amigas por que mi vida es solo mi hijo”. (Vanessa, 18 años).

“Con un niño en brazos no puedo estudiar ni trabajar, es una atraso para mí, la verdad es que me siento inútil, ya nada es como antes, nada, ni puedo trabajar y es peor cuando mi hijo se enferma y a veces no sé que hacer para pagar los medicamentos de mi hijo ya que ni siquiera tiene SIS por que no lo inscribí en los registros”. (Victoria, 18 años).

“Si por que a mí me hubiera gustado estudiar como mis primos; en el colegio me da vergüenza que se enteren que tengo un hijo a pesar de que muchas me dicen que lo lleve al colegio; yo no puedo trabajar por que tengo que ayudar en la casa a mi tía y cuidar de mi hijo”. (Florencia, 17 años).

Diversos estudios sugieren que la deserción escolar es también una de las consecuencias de la fecundidad en la adolescencia. Flórez y Soto (2005) señalan que existe una asociación entre deserción, menor acumulación de capital educativo y maternidad adolescente. Se ha constatado que la maternidad adolescente genera en el corto plazo la reclusión doméstica que limita el proyecto de vida femenino, o la temprana inserción en el mercado laboral para solventar la crianza del hijo(a). Y en el largo plazo, de manera indirecta se relaciona con un menor desempeño en ese mercado laboral, debido a los bajos niveles educativos producto de la temprana deserción escolar, lo cual incide en las condiciones socioeconómicas. Teniendo en cuenta que en la literatura se encuentra suficiente evidencia de que la maternidad temprana no es homogénea por grupos socioeconómicos, sino que es más alta entre los grupos más pobres, existe consenso en lo que se refiere a la relación y mutua influencia entre fecundidad adolescente y pobreza: las condiciones de pobreza favorecen el embarazo adolescente y al mismo tiempo el embarazo adolescente perpetúa las condiciones de pobreza.

Al carecer de educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia, pareja o del sistema de asistencia social. Comparadas con las madres que tienen sus hijos(as) en una etapa posterior de la vida, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza. Casi el 75 por ciento de las madres adolescentes solteras no tienen éxito al momento de intentar insertarse en el mercado laboral (Flórez y Núñez, 2002).

Triangulación de datos. Sentimientos de las adolescentes de frustraciones de objetivos de vida.

“Si no hubiese tenido una hija; yo hubiese estudiado..... .hubiese estado con mis compañeras; pero ahora me doy cuenta que todo depende de mí, sólo quiero salir adelante con mi hija”. (Vanesa, 15 años).

“Es que ahora ya no puedo estudiar, no puedo trabajar a veces me arrepiento de haber tenido a mi hijo; por que me siento con los brazos amarrados que no puedo hacer muchas cosas”. (Katy, 15 años).

“He dejado de estudiar por que no tengo tiempo, además, no puedo trabajar sólo por ahora; por que más adelante pienso trabajar”. (Fanny, 18 años).

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

La maternidad en la adolescencia es una condición que no sólo impacta fuertemente a estas mujeres en el plano personal, sino también en sus condiciones de vida en general, puesto que, por una parte, aquellas tienen que asumir la maternidad criando a sus hijos(a) solas o con la ayuda de sus padres o familiares, tienen que

incorporarse al mundo del trabajo, realizando actividades remuneradas tanto dentro como fuera del hogar, como lavandera, vendedora ambulante, auxiliar de aseo, temporera, entre otras (Romero, 2005).

1.5. Sentimientos de las adolescentes relacionados con su entorno social.

- “Ahora **ya no salgo mucho ni a bailar, ni a pasear, ni con mis amigas** por que mi vida es solo mi hijo”.
- “Obvio ya nada es como antes, antes **me gustaba bailar todos los fines de semana con mis amigas**, pero **ahora ya no puedo**, ya no es como antes, además prefiero estudiar en la casa que en la universidad”.
- “A veces hasta **sentía vergüenza de mis amigos(as)** cuando andaba con mi barriga; claro que ahora ya no me importa”.
- “Ahora ya no es como antes, **mis amigas me miraban raro**, pero ahora ya todo es normal, **he dejado de estudiar** a medio año la secundaria por que se dieron cuenta y **me tuvieron que retirar, tampoco puedo trabajar** por que mi wawa tiene tres meses y es un llorón que quiere que se le cuide todo el rato” .
- “Claro ahora **ya no puedo salir como antes**, mis compañeras y vecinas me miran un poco raro, pero eso ya no me importa, ahora trabajo con mi hijo, en ese lugar me dejan tenerlo en mi lado, para poderlo atender”.

Triangulación de datos. Sentimientos relacionados con su entorno social.

“Si, a mí me hubiera gustado estudiar, no puedo vivir con mi familia, dejé mi casa, ya no tengo amigas, ellas se alejan cuando se enteran que tienes un hijo. Sus papás ya no quieren que se junte contigo por que dicen “tal vez tú también sales embarazada”.
(Beta, 16 años).

“Obvio, ya nada es como antes, antes me gustaba bailar todos los fines de semana con mis amigas, pero ahora ya no puedo, ya no es como antes, además prefiero estudiar en la casa que en la universidad”. (Yanisel, 18 años).

“Claro que afecta, no puedo hacer muchas cosas, no puedo trabajar, me he distanciado de mis amigas y he dejado de estudiar”. (Carmen, 18 años).

La maternidad, para estas mujeres adolescentes, no representa la dignificación social de sus condiciones de vida que la sociedad debería brindarles por su función histórica; no es un estado de felicidad plena, de máximo placer, de embellecimiento físico, de autorrealización y satisfacción, no es la expresión de reconocimiento a su dedicación y entrega que socialmente se ha prometido, en términos de equidad e igualdad. En nuestra investigación, la maternidad se revela como una situación contradictoria entre sentimientos y condiciones sociales.

El logro educacional y la estabilidad económica, tienen implicancias para la estabilidad de los matrimonios adolescentes y la vida familiar de la adolescente. La mayor parte de los embarazos adolescentes son extramatrimoniales, y los padres adolescentes que logran formar una relación estable entre sí son la excepción; 17 años después del nacimiento del primer hijo(a), sólo el 16% de las madres adolescentes permanecían casadas con el padre del bebé (Rojas, 1991).

El aumento de madres adolescentes tiene profundas implicancias sociales, ya que la escasa preparación que tiene una adolescente para enfrentar la maternidad, no garantiza que esta dé origen a un nuevo núcleo familiar sano, pues su embarazo no ha sido producto de una decisión autónoma y planeada sino del ejercicio precoz de su sexualidad.

1.6. Sentimientos de las adolescentes relacionados con su situación actual

- “Antes pensaba que ella era culpable de todo, **cuando estaba gestando** hasta que tenga un año y medio yo la insultaba, si no hubieras venido yo no estaría así...yo estaría feliz y pensaba que ella era culpable de todo, **ahora ya no pienso así y me arrepiento** de lo que le he dicho”

- “**Nunca he pensado en eso**, jamás por que como lo he dicho, mi bebé **no tiene la culpa de nada**, no tiene la culpa de que nosotros hayamos cometido errores; mi hija sólo es una criatura que no sabe nada de la vida”
- “Aunque parezca mentira **no he pensado en eso** a pesar de que tengo muchos problemas, no tengo por que echarle la culpa a esta criatura, él no me pidió que le traiga al mundo para que le haga pasar cosas malas”
- “Solo a veces me arrepiento de haberme entregado a su padre y mira como me hizo, a veces no tengo dinero y paro prestándome, pero que puedo hacer... **el no tiene la culpa, tal vez la culpa la tengo yo** por ser muy inocente, odio a su padre, lo odio bastante”

Triangulación de datos. No culpan al hijo(a) de su situación actual.

“Antes pensaba que ella era culpable de todo, cuando estaba gestando hasta que tenga un año y medio yo la insultaba si no hubieras venido yo no estaría así.....yo estaría feliz y pensaba que ella era culpable de todo, ahora ya no pienso así y me arrepiento de lo que le he dicho”. (Vanesa, 15 años).

“Nunca he pensado en eso, jamás por que como lo he dicho, mi bebé no tiene la culpa de nada, no tiene la culpa de que nosotros hayamos cometido errores; mi hija sólo es una criatura que no sabe nada de la vida”. (Vanesa, 18 años).

“Aunque parezca mentira no he pensado en eso a pesar de que tengo muchos problemas, no tengo por que echarle la culpa a esta criatura, el no me pidió que le traiga al mundo para que le haga pasar cosas malas”. (Antonia, 18 años).

Aunque las madres adolescentes en este estudio, habían experimentado a menudo dificultades muy grandes, debido a tener hijos, tales como la presión de los miembros de la familia para interrumpir el embarazo, algunas dieron la impresión de hacer frente a estos problemas, de una manera madura. Como se vio, algunas adolescentes habían visto la maternidad como el punto de partida que les ayudó a ver, lo

que querían hacer con sus vidas. Esto fue en parte debido a la responsabilidad de cuidar a la siguiente generación (Wellings y Kane, 1999; McLeod, 2001 y Smith, 1993).

Aunque se dieron cuenta de que habían dejado pasar las experiencias de sus contemporáneos, y asumir otro rol, vieron en la maternidad algo más gratificante. Ellas se mostraron optimistas acerca de su futuro, y a menudo presentaban nuevos planes. Contrariamente a la idea de que el embarazo podría significar la ruina en la adolescencia y en la vida de una mujer joven, que significa el final de su educación y las aspiraciones para el futuro, las experiencias de estas jóvenes fueron positivas y de buena respuesta adaptativa (Gabel, 1988; Dickson, Fullerton, Eastwood, et al. 1997).

Triangulación de datos. Culpan al hijo(a) de su situación actual.

“Pienso que sólo a veces cuando tengo problemas con mi esposo, porque sus parientes son malos, siempre vienen ha hacerme líos y a todos andan diciendo que yo no valgo la pena y a mi esposo le dicen tonterías”. (Katy, 15 años).

“A veces pienso que si, muchas veces me descargo con mi hijo cuando peleo con mi pareja, siempre le hecho la culpa....él debió cuidarse con el condón, yo le hecho la culpa a su padre y a la vez no lo quiero y siento que cometí un gran error con él”. (Carmen, 18 años).

“Si; pienso que él es el culpable de lo que me pasa; yo no tendría esa responsabilidad mi vida sería diferente y me arrepiento de haberlo tenido”. (Milagros, 15 años).

Sabemos que es posible que las adolescentes no hayan desarrollado todavía las habilidades para una buena maternidad, o que carezcan de sistemas sociales de respaldo que las ayuden a manejar el estrés de criar un hijo(a), llegando muchas veces a desplazar sentimientos de culpa hacia su hijo, por diferentes causas; como no poder concluir sus estudios, sentirse dentro de situaciones económicas precarias, dependencia total de su pareja, y soportar en varias ocasiones maltrato tanto físico como psicológico por parte de su pareja. Todo ello, conlleva a la madre adolescente a tener menos interacción maternal, específicamente en cuanto a control, atención y flexibilidad, menor interacción verbal, afecto, estimulación y responsabilidad con sus hijos

(Leventhal, Horwits, Rude y Stier, 1993; Nuñez, 1999). Los síntomas depresivos, son frecuentes en las madres adolescentes, y están asociados con interacciones punitivas hacia sus hijos (Leadbeater, Bishop y Raver, 1996).

II. CARACTERIZACIÓN DEL SENTIMIENTO DE LA ADOLESCENTE HACIA EL PADRE DE SU HIJO(A).

Triangulación de datos. Adolescentes que llevan una vida de pareja.

“Yo vivo con él, él me mantiene a mí y a su hijo; él asume todos los gastos de mi hijito, le compra su ropa, cuando se enferma le hace curar, compra las cosas para nuestra mantención. El le quiere mucho a mi hijito, le sabe atender, le hace comer, le cambia cuando se orina”. (Bertha, 16 años).

“Yo soy conviviente ya hace un año; mi esposo quiere mucho a mi hijo, siempre habla con él cuando regresa de su trabajo él es cobrador de una combi, trae diez soles diarios y a veces nada; a pesar que no tenemos mucho dinero siempre tratamos de seguir adelante, sólo una vez peleamos porque yo le di un lapo a mi hijo cuando lloraba.” (Katy, 15 años).

“Estoy conviviendo con él en la casa de mis suegros, él todo el tiempo cuida de mi hijito, está que lo acaricia, lo besa; él es bastante cariñoso con su hijo, no quiere que mi hijo llore, por que eso le aburre, me ayuda a lavar las ropitas de mi hijito, él compra las cosas. Los problemas que tenemos son económicos por que él no gana mucho en lo que hace; y no se que haremos más adelante.....él se tendrá que ir lejos a trabajar por mi hija”. (Elki, 18 años).

Como se ve, las adolescentes perciben a su pareja como una figura estable que puede integrarlas como mujeres sexuales y madres amorosas. Son aquellas parejas con las que se puede conversar e intentar mejorar su relación, discutiendo sobre aquello que las hace sentirse inconformes, lo cual fortalece su rol de madre y relación con su pareja, estas actitudes se encuentran asociadas al grado de afinidad con la pareja y la edad que

estas tengan (Landry, y Forrest, 1995). Incluso algunas jóvenes comentan que su relación de pareja mejoró a raíz del embarazo y de las responsabilidades que la paternidad supone, como comenta Bertha, Katy y Elki.

Triangulación de datos. Adolescentes que no llevan una vida de pareja.

“Estoy separada por sus padres, y los míos dijeron que era lo mejor hasta terminar nuestras carreras; pero de vez en cuando me visita y se queda conmigo, pero a los gemelos los ve diario, mis papás son los que me dan todo el apoyo, él lo que hace es venir a la casa y ver a sus hijos, jugar con ellos. Nos llevamos bien”. (Yenisel, 18 años).

“No tengo ninguna relación, no me comunico; no se donde está; sus papás tampoco me quieren; mi padre no me apoya muy al contrario él maltrata a mi madre cuando ella quiere apoyarme, le dice que es una alcahueta”.(Florencia, 17 años).

“No se nada de él, él no sabe nada de mi hijito.... Yo vine a trabajar y una señora me engaño y me llevo a Quillabamba y este chico era su cuñado de mi patrona, luego me trajeron al Cusco, cuando estaba de 6 meses recién me di cuenta que estaba embarazada, y mi tía se dio cuenta cuando estaba embarazada de 9 meses, ella mando una carta a mi mamá y papá ; ellos no dijeron nada, mi hijito estaba desnutrido como no sabía que hacer y lo internaron en el Hospital Regional, y ahí estuvo durante 1 mes, y una señora es que me consiguió el apoyo de un hogar y ahora ellos me ayudan y actualmente estoy estudiando”. (Grimalda, 14 años).

Las tasas altas de separación y divorcio que se ha observado de manera regular en parejas adolescentes, responden a la inestabilidad emocional y material que sienten los padres después del parto. La inestabilidad conyugal es un hallazgo común en las parejas que conciben antes del matrimonio, sobre todo cuando el nacimiento extramatrimonial es complicado por el estrés de la pobreza y la inestabilidad económica (Grogger J, y Bronars, 1993; Geronimus, y Korenman, 1992). Un estudio de parejas adolescente mostró que si el padre había egresado de la secundaria o si era un obrero especializado, la probabilidad de separación conyugal dentro de los 2 años era el 19%; en cambio, si el

padre no había egresado de la secundaria y era un obrero no especializado, la probabilidad de separación conyugal a los 2 años era del 45%.

Además, gran parte de las madres adolescentes ven a sus parejas como padres temerosos, emocionalmente inmaduros, incapaces de afrontar la realidad del embarazo y asumir las responsabilidades de la paternidad (Corcoran, 1998; Geronimus y Korenman, 1993).

Triangulación de datos. Padres que asumen responsabilidad con sus hijos(a).

“Soy conviviente, vivimos ya como dos años, Él es buen padre, por que me ayuda en todo, me ayuda con las labores de la casa, lo carga, lo cuida, me he dado cuenta que lo quiere mucho, nos llevamos bien, eso es lo bueno, es un buen esposo para mí”. (Vanesa, 18 años).

“Soy conviviente, mi esposo es muy responsable como padre, nunca le hizo faltar nada a mi hijo, él es cariñoso con mi hijo”. (Fanny, 18 años).

“Somos convivientes; hace un año más o menos cuando mi mamá me votó de la casa, él es muy trabajador, no me puedo quejar de nada, nos trae dinero no me falta nada, él es bastante cariñoso con su hijo.....lo quiere mucho”. (Antonia, 18 años).

Para los hombres el nacimiento de su hijo(a) aparece como una experiencia, un escenario donde la adolescencia se pone en cuestión, y se produce un fenómeno de aceleración de tareas y desafíos tales como madurar, trabajar y proveer, responsabilizarse, etc.

El análisis de las entrevistas y su codificación nos llevó a construir lo siguiente, con relación a la paternidad. El eje del fenómeno, se encuentra en torno a las dimensiones de proveer y dar sustento económico. Las otras aparecen como marginales, como áreas emergentes, como funciones subsidiarias o residuales (Cabezas y Krauskopf, 1991). Tal como revelan los estudios de masculinidad en Latinoamérica, la mayor cantidad de referencias al rol paterno está en esos códigos. Los hombres, las mujeres, sus familias y las instituciones consideran que el buen padre es aquel que cumple con el modelo llamado hegemónico, es decir, que es responsable en lo económico, que trabaja

remuneradamente, que provee (Bourbeau, Diehl, Elnick, y Labouvie-Vief, 1998; De Keijzer, 2000). En efecto la principal expectativa sobre los padres cuando ha ocurrido el nacimiento, es que cumplan con su rol de proveedor. Es esta función la que convierte a ese padre en un buen o mal padre.

Triangulación de datos. Padres que no asumen responsabilidad con sus hijos(a).

“LLORA... Yo y mi pareja alquilamos un cuarto hace 7 meses atrás, recién estamos viviendo juntos, la verdad es que él es muy irresponsable.....se pone a tomar con sus amigos todos los días viene borracho ha hacerme problemas, él no trabaja soy yo la que tiene el negocio en el mercado; pero, a pesar de eso a veces no tenemos dinero y tenemos problemas.....no sé que haremos y a su hijo ni lo mira él lo ve una carga para nosotros”. (Victoria, 18 años).

“A ese señor lo odio, es un irresponsable, sólo a veces me manda de 3 a 10 soles para la semana, además, me da miedo por que en son de broma me dice ¿que pasaría si lo asfixio a tu hijo? ¿tu me denunciarías?.Él me dice eso, y no sé cómo alejarme de ese hombre, es malo.....vivimos separados, pero, lo odio, no sabe cuánto y si le pasa algo a mi bebé yo lo mato.” (Nilda, 18 años).

“Estamos conviviendo, pero, le cuento que no nos llevamos muy bien, él es un irresponsable con la wawa, no trae dinero, mejor dicho muchas veces no ha venido a dormir a la casa, por ahí me han dicho que estaba saliendo con una mujer, y si era verdad, por que yo lo vi con otra y por eso le he dicho que sería mejor separarnos, pero, es un mentiroso, yo no le creo nada, además, es un aburrido cuando su hijo llora”. (Noemí, 17 años).

"Ellos se sienten libres y uno es el culpable de todas maneras". Esta frase expresa las dos miradas que socialmente se tienen frente a la maternidad: él, a quien se le libera de su responsabilidad, y la mujer, que carga la culpa de ser madre.

Parte del “estar” listo para ser padre es el reconocer al bebé como propio, lo que en ocasiones no se produce. Para muchas de las adolescentes, cuando la paternidad es negada, es restablecida por el parecido físico de los hijos con sus padres. También

expresan que los niños, a pesar de ser tan pequeños, pueden llegar a reconocerlos. Es decir, en varios casos el hijo se acepta por parte del padre ante la realidad de los indicadores concretos (Candia, 2000), pero aún así, no asumen sus roles paternos.

III. SENTIMIENTO DEL ADOLESCENTE HACIA EL ENTORNO FAMILIAR A PARTIR DE SU MATERNIDAD

Triangulación de datos. Adolescentes que no recibieron ningún soporte familiar.

“Mis padres viven en Maldonado, yo solo vivo con mi pareja, sus familiares no nos ayudan por que mi esposo trabaja”. (Vanesa, 18 años).

“Mi mamá está enojada, mi papá igual no me quieren ni ver, se les esta pasando la cólera a medida que crece mi bebé, luego ya me visitan más seguido, no me dan dinero; pero a veces me ayudan a cuidar a mi hijito, ahora yo y mi esposo vivimos en un cuarto alquilado”. (Antonia, 18 años).

“Ellos no vienen mucho, ellos no me apoyan en nada, son indiferentes conmigo.” (Grimalda, 14 años).

En estas familias, el embarazo de la hija adolescente constituye un acontecimiento que aunque presentado, no es esperado. Por eso causa sorpresa, desconcierto, rechazo, desilusión. Lo paradójico es que con frecuencia se da como una repetición transgeneracional, ya que en muchos casos lo mismo le pasó a la madre, o la tía o a la hermana. Podemos decir, que el embarazo temprano y no planeado es un rasgo cultural de estas familias. Sin embargo, como hecho actual es nuevo, y su apropiación y elaboración consciente es difícil, por cuanto se percibe como una adversidad que es fruto de un comportamiento censurado. Así, en el momento inicial se instaura una atmósfera en la cual circulan sentimientos de rechazo, rabia, frustración y agresión, por un lado, y de tristeza, culpa y persecución, por otro. Son variados los testimonios recogidos que dan cuenta de esto. Sin embargo, una vez que el hecho se elabora y se acepta, en la mayoría de los casos la familia materna asume el cuidado de una joven que se siente censurada y rechazada, pero que a la vez necesita amparo. En forma totalmente

predominante, es la madre-abuela quien acompaña y da apoyo a la adolescente, así haga reclamos por la situación (Arcos, Molina, Uarac y Molina, 1997).

Triangulación de datos. Adolescentes que recibieron soporte familiar.

“Mi mamá adora a mi hijito, lo quiere bastante, a veces lo cuida cuando voy a visitarla...Cuando estaba en su casa ella me daba comida y también plata por que mi esposo solo tiene diez soles y otros días no tenemos nada que comer, nosotros no vivimos con mis papás; solo vivimos en un cuarto”. (Katy, 15 años).

“Mis padres siempre me apoyaron, mi mamá me ayuda a cuidar de mi hijo, ahora vivo en la casa de mis suegros, me llevo bien con ellos”. (Fanny, 18 años).

“Mi mamá se molestó conmigo cuando le dije que iba a tener un hijo....se molestó mucho para mí; pero luego me habló y me dijo que me ayudaría por que ella también tuvo a mi hermana mayor a los 15 años ; por ese lado si me entendió, ella es la que me enseña a cuidar de mi hijo, me da comida cuando estoy sola, viene a verme, incluso me ha ayudado con algunas ropitas; yo actualmente vivo con mis suegros ellos me tratan bien; los únicos que me hacen sentir mal son mis hermanos, les molesta que no vaya ha estudiar”. (Elki, 18 años).

La participación de la familia es determinante para la madre adolescente, ello configura los movimientos en la dinámica familiar y en especial en el vínculo de filiación: por una parte, la madre y la hija tienen un encuentro afectivo alrededor del cuidado del hijo(a)-nieto(a) y de la misma adolescente durante el embarazo y el parto. A la adolescente el acontecimiento de la maternidad le facilita la identificación con la madre y con la feminidad, lo cual incide en mejorar las relaciones con la madre. Para la crianza de su hijo(a), la adolescente encuentra un apoyo fundamental en su madre, de lo que está agradecida. Por otra parte, ante sus propias ansiedades, angustias y desconciertos, generadas por el desconocimiento de las demandas del propio hijo(a), con frecuencia se siente culpable por el trato agresivo que le dio anteriormente a la madre (Arriagada, 2002).

Triangulación de datos. Relación funcional entre la adolescente y su familia cuando fue niña.

“Ella cuando yo era muy pequeña me trato bien, nunca me enojó, siempre fue muy buena, es separada de mi papá, él nos abandonó cuando yo tenía 5 años; pero a pesar de todo mi mamá siempre se dedico a nosotros”. (Vanesa, 18 años).

“Yo y mi mamá siempre nos llevamos bien, ella es muy trabajadora, cariñosa, ahora con mi hijo es muy distinto, ella es muy cariñosa, se lleva bien con la familia de mi hijo”. (Yanisel, 18 años).

“El trato con mi mamá siempre fue bueno, ella ha sido muy cariñosa, es muy trabajadora, no me puedo quejar”. (Fanny, 18 años).

Encontramos embarazadas que dentro de su discurso manifestaron tener muy buenos niveles de comunicación con sus padres en sus familias de origen, consideraban como sólo moderadamente estresante el embarazo en si mismo, en relación con otras circunstancias conflictivas. Esto nos puede ayudar a ver de cómo el proceso de embarazo y la maternidad en si pueden llegar a ser vistos y llevados sin acumulación de sentimientos negativos.

La familia puede ser un factor de protección en la vida de los jóvenes. La característica de mayor protección de la familia son las relaciones significativas, la percepción de cercanía que el joven tiene con al menos uno de los padres o con una figura adulta. Se ha encontrado que tener una familia extendida también es un factor altamente protector. La evidencia muestra que la gente joven que se encuentra permanentemente en situaciones estresantes, tales como la pobreza, o aquellos que experimentan un trauma, tal como la muerte de uno de los padres o hermanos, pueden resistir tales dificultades de forma más efectiva cuando tienen por lo menos una relación significativa y positiva con un adulto. Tener cerca a un adulto cariñoso, que se preocupe y ofrezca orientación y seguridad, reduce considerablemente la posibilidad de consecuencias adversas en el desarrollo (Maddaleno y Schutt–Aine, 2003).

Triangulación de datos. Relación disfuncional entre la adolescente y su familia cuando fue niña.

“Yo más paraba con mi abuela, mi mamá y mi papá se separaron cuando yo era niña así que yo viví más con mi abuela; por que mi mamá se volvió a casar y mi papá también, mi mamá no me dio casi nada de cariño, muy al contrario siempre me pegaba de todo”. (Berta, 16 años).

“Cuando era pequeña mi mamá me pegaba, era muy mala, me daba con todo, mi papá también era malo, mi mamá ahora me trata mejor, bueno con respecto a mi hijo ahora que ya está grandecito ya lo está empezando a querer; con la familia de mi esposo no tengo problemas, ellos quieren mucho a mi hijo por que es el primer nieto varón de la familia”. (Antonia, 18 años).

“No se preocupaba de mí, me pegaba, ella siempre ha viajado, y nunca se preocupó de mí, desde pequeña siempre me abandonó; yo sola he crecido”. (Luz, 19 años).

El nexo entre los miembros de una familia es tan estrecho que la modificación de uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros, en consecuencia, en toda la familia. Por ejemplo: el embarazo de la adolescente, altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para asumir una determinada actitud frente a esta situación.

La concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto), lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto, a las causas de la disfunción familiar (Furstenberg y Crawford, 1978; Serrano, 2005).

DISCUSIÓN

El presente estudio, analiza el sentimiento de ser "Madre Adolescente" desde la perspectiva de sus vínculos con el hijo(a), el padre de su hijo(a) y familiares, desde el enfoque cualitativo; el cual está orientado al estudio de las experiencias humanas, para obtener el entendimiento a través de la develación del fenómeno, de la subjetividad y cómo las personas dan sentido a sus vidas.

En referencia al sentimiento de la madre adolescente hacia su hijo(a), se ha podido ver que, generalmente destacan las circunstancias desfavorables de las madres adolescentes de rechazo hacia sus hijo(a), con efectos más severos durante el embarazo y durante el desarrollo de vida de sus hijo(a), quienes por lo regular tienen problemas escolares y resultan embarazadas a edades tempranas, al igual que sus madres, como señala Alatorre y Atkin (1998). A ello se suma, las presiones económicas, las condiciones precarias de atención prenatal, la pobreza, el desgaste físico y los sentimientos de frustración del núcleo familiar, todo ello es asumido por la madre adolescente y transferido en un acto de reproche a su maternidad. Y a la vez genera una experiencia intensa en las madres adolescentes, que se manifiestan de manera más marcada en ellas, frente a comparaciones con madres adultas (Rey de Castro, 2009). Las voces de estas mujeres no hacen otra cosa que dar cuenta como se señala en otros estudios (Bakermans- Kranenburg, M. y Van Ijzendoorn, M. 1996; Baranowski, Schilmoeller y Higgins, 1990; East, Matthews, y Felice, 1994; East, Matthews; Frodi, Grolnick, Bridges, y Berko, 1990), que la situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil, puesto que en ellas se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que trae consigo el embarazo temprano, las que originan ciertas reacciones diversas como, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar y el vacío afectivo. Desde la perspectiva del apego (Bowlby, 1971; Bowlby, 1973; Marrone, 2001; Pierrehumbert, 2002), entendido como aquel vínculo natural desarrollado entre la madre y el hijo, los aportes teóricos de John Bowlby y las investigaciones empíricas han permitido afirmar que el desarrollo social, emocional y mental de los niños encuentra sus raíces en la temprana infancia. El niño va formando un "modelo de trabajo interno" basado en las experiencias tempranas con el cuidador principal y con

las figuras cercanas; hay que tomar en cuenta también que las características propias del niño influyen en dichas conductas. Este “modelo de trabajo interno” se refiere a esquemas conductuales cargados afectivamente que guiarán su conducta futura y que se forman en base al tipo de apego del que disponen, creado en la niñez sobre todo en base a la sensibilidad y disponibilidad materna. Los niños acceden al tipo de apego mediante las conductas de apego, en los adultos se accede a estos modelos a través de las representaciones de apego. Los infantes que tienen relaciones de apego inseguro no han experimentado una disponibilidad constante ni el bienestar proporcionado por el cuidador cuando el ambiente se ha mostrado amenazante (Bowlby, 1973; Weinfield, 1999), describen cómo estos niños se muestran ansiosos por la disponibilidad de la figura materna, temiendo que la madre no responda o que sea ineficiente cuando la necesitan, la reacción de ellos suele ser de rabia. Estudios como los de Haya de La Torre, en 2011, ponen en evidencia que, la falta de conocimiento de las madres adolescentes, sobre el desarrollo comunicativo, afectivo y motriz de sus hijos, son un factor de riesgo para que puedan, brindar un mejor apoyo y estímulo a sus niños en el desarrollo de sus habilidades sociales.

Existe una considerable variabilidad en las madres adolescentes, relativo a su propio desarrollo y el entendimiento que ellas tienen del rol materno. La maternidad no implica adultez, ni la maternidad necesariamente impulsa a un progreso en el desarrollo (Flanagan y McGrath, 2003). En el estudio de Corona y Tidwell (1999) resulta que la mayoría de las adolescentes tenía la idea que la maternidad iba a ser mucho más fácil y divertida de lo que ocurrió. Se encontró que dentro del grupo de madres adolescentes, las más jóvenes eran las que tenían menos aceptación de sus niños (East, Matthews y Felice, 1994). Las madres adolescentes tienen en mayor medida una representación de ellas mismas como madres que pierden la paciencia con sus bebés, así como sentimientos intensos de molestia, comparadas con las madres adultas. A través de estos sentimientos las adolescentes se permiten expresar sentimientos ambivalentes normales hacia el bebé (Traverso, 2006).

Muchas conductas que manifiestan las madres adolescentes en la interacción con sus niños provienen de características típicas propias de esta etapa por la cual están aún atravesando. La adolescencia es un período del desarrollo donde los individuos tienden

a estar focalizados hacia dentro, una etapa egocéntrica. En ellas, como hemos visto, las personas adquieren un nivel de pensamiento operacional formal, nivel que algunas de estas madres todavía no han alcanzado. Por lo que pueden ser muy concretas, mostrando dificultades en tareas que requieren un pensamiento abstracto: dificultades en planificar, relacionar causa y efecto y anticipar resultados (Flanagan & McGrath, 2003). Por tanto, no sorprende que en muchos casos resulte una madre que es menos sensitiva y responsiva con su hijo. La baja autoestima presente en las madres adolescentes con frecuencia se encuentra asociada a vivencias tempranas, como los casos de abuso infantil (Corona y Tidwell, 1999). Las madres que tienen poca confianza en ellas mismas en su rol de madres tienen actitudes parentales desfavorables, como valorar el castigo físico, y poca empatía con la necesidad de los niños (East, Matthews y Felice, 1994). La capacidad de la adolescente para regular sus emociones también es un reto, muchas veces no se encuentra en capacidad de controlar sus emociones y por lo tanto, suele frustrarse por el comportamiento del niño (Trad, 1995). Muchas veces, las madres adolescentes muestran más ansiedad que las madres adultas al separarse de sus hijos (Blunk y Williams, 1999).

Estas jóvenes madres muchas veces sienten poca satisfacción por su vida y felicidad en general, además tienen baja autoestima y mayores niveles de depresión. También, se describe que son menos capaces de encontrar soluciones a sus problemas dentro o fuera de la familia y que carecen de relaciones cercanas confiables (Berglund et al, 1997; Guijarro et. al. 1999). En contraste con este hallazgo, se ha comprobado que algunas de estas jóvenes, gracias a sus recursos personales logran re significar a posteriori su maternidad dándole un significado positivo a su nueva situación (Nóblega, 2006). Una investigación refiere, que existe menor probabilidad que una madre adolescente termine la secundaria, asista a una universidad, encuentre un trabajo estable, se case o pueda mantenerse por su cuenta en un futuro, en comparación con las madres que tienen hijos más tardíamente (Stevenson, Maton, y Teti, 1999). Así también, un estudio revela que las madres adolescentes tienen más probabilidades de terminar siendo madres solteras quince años después de dar a luz. Se piensa que esto se puede deber a factores psicológicos, pues estas adolescentes pueden carecer de recursos personales para desarrollar relaciones íntimas a largo plazo, ya que la socialización y el desarrollo de la adolescente ha sido “abortado” por el rol de madre (Williams, 1991).

Respecto a los sentimientos hacia su hijo, se ha visto que, existen madres adolescentes con una actitud positiva y de aceptación hacia su hijo, Bowlby en su trilogía *Attachement and loss* (1969, 1973, 1983), postula la necesidad humana para formar intensos vínculos afectivos con otras personas, las madres jóvenes, pensaban que era probable que eran demasiado jóvenes para tener un hijo(a) cuando se quedaron embarazadas, a pesar de que había hecho el mejor de sus esfuerzos cuando se convirtieron en madres. Sin embargo, ellas sabían que una vez que estaban embarazadas, habían tomado la decisión correcta. Diferentes estudios ponen en evidencia las experiencias positivas de la maternidad en la adolescencia, (Seamark y Lings, 2004), en general, las madres jóvenes fueron muy positivas acerca de sus experiencias de la maternidad, las mujeres se sentían orgullosas de sus hijos(a) y querían lo mejor para ellos y en algunos casos, quería cuidar de ellos de una manera que ellos mismos no habían experimentado. También fueron realistas acerca de sus responsabilidades, algunas vieron ser a tiempo completo madre, tan importante, mientras que los hijos eran pequeños, pero esto no significa que no tienen planes para el futuro. En la investigación de Nóbrega (2006) se encuentra que la mayoría de los casos, en los sectores menos favorecidos de nuestro país, la maternidad les otorga a las adolescentes una identidad, y este rol se incorpora en sus proyectos de vida como un elemento organizador. Es así, como la maternidad se convierte en una conducta resiliente, ya que continúa siendo una de las principales expectativas de y hacia las mujeres, lo que genera un empoderamiento al tener un rol establecido que se utiliza para hacer frente a las dificultades económicas. Un estudio en México concluye que, a raíz del embarazo, las madres adolescentes suelen formar familias nucleares o hacer extensa la familia de origen, con lo cual logran el mantenimiento de las redes de apoyo parental, que les posibilita enfrentar su nueva situación (Tuñón, 2006).

Estudios del comportamiento en madres adolescentes revelan una amplia variedad en la calidad del cuidado de estas jóvenes madres hacia sus hijos(a). Si bien la mayoría de estudios muestran a éstas con diversas dificultades en su rol de madres, en contraste existen estudios que, por el contrario, muestran sus recursos y cómo se produce exitosamente la adaptación a los nuevos factores de estrés y sus responsabilidades (East, Matthews y Felice, 1994; Flanagan y McGrath, 2003). Algunas investigaciones

muestran que las madres adolescentes tienen expectativas poco realistas sobre sus hijos(as); afirman que éstas suelen tener poca comprensión acerca del desarrollo del niño, esperando que el niño tenga más destrezas de las que corresponde a su desarrollo. Señalan que las madres adolescentes suelen ser menos verbales en la interacción con sus hijos y muestran mayor pasividad en el comportamiento con estos (Flanagan y McGrath, 2003, Trad, 1995). Existen estudios que indican que son más restrictivas y punitivas que las madres adultas (Field, Widmayer, Striger y Ignatoff, 1980). Asimismo, describen que estas madres suelen tener menos empatía hacia las necesidades de su hijo (Baranowski, Schilmoeller y Higgins, 1990). Esto permite comprender porque se encuentran menos niños con apego seguro entre las madres adolescentes que en el grupo de madres adultas (Frodi, Grolnick, Bridges y Berko, 1990).

Con respecto al nacimiento de su hijo(a), la bibliografía indica que, la mayoría de las madres adolescentes se enfrentan a las tareas que demanda la maternidad a una edad en la que no se encuentran preparadas para desempeñarlas. Según Brooks-Gunn y Chase-Landsale (1995), la adopción abrupta del rol de madre genera en muchas adolescentes diversos conflictos que interfieren con sus habilidades maternas y les dificultan la posibilidad de proveer un ambiente socioemocional adecuado para el niño, bajo este marco, estudios recientes han mostrado que las madres adolescentes tienen dificultades para regular sus estados emocionales, lo cual se evidencia en altas tasas de depresión y de cambios afectivos. Estos estados hacen que sean menos sensitivas con sus hijos, estén menos disponibles emocionalmente y promuevan el establecimiento de vínculos afectivos inadecuados con sus hijos, en particular durante la niñez y los años pre-escolares. Esto trae como consecuencia dificultades en el proceso de socialización de los niños y afecta su ajuste social y emocional con otros niños y adultos, en contextos sociales diferentes a la familia (Osofsky, Hann y Peebles, 1990).

Se ha visto que la mayor respuesta emocional de las madres adolescente hacia su hijo(a), es variada e inestable, las consecuencias de orden psicológico, no son menos importantes para la madre. En adolescentes embarazadas se descubren con frecuencia sentimientos de autodestrucción, agresión hacia todo lo que represente autoridad, falta de responsabilidad o súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda, durante el

análisis de las entrevistas, puede afirmarse que, entre las adolescentes participantes el embarazo no fue planeado, su confirmación es fuente de sentimientos de sorpresa, desconcierto, temor y culpa. La maternidad es sentida como algo inesperado y adverso, y por ello tiende a ser negado y ocultado, en este mismo sentido, estudios, como los de Baranowsky, Schillmoller y Higgins (1990), estudiaron las prácticas maternas de un grupo de madres adolescentes, encontrando interacciones madre-hijo poco frecuentes, de baja calidad, intrusivas y que ponían en riesgo la adaptación del niño al medio, similares resultados reportan las adolescentes que participaron en este estudio.

Se ha visto que la comunicación madre hijo(a) nos lleva a considerar que es fundamental en el proceso de comunicación, dar sentido a las experiencias vividas por el niño y la madre. Su participación en el procedimiento es indispensable, pues es en ella que el niño aprende a reconocer al otro y adquiere confianza para entablar otras relaciones. Respecto a las palabras, la madre suele dirigirse a su bebé con diminutivos por la misma situación regresiva en que se encuentra y para nivelarse con el bebé y, de este modo, acoplarse para obtener mayores posibilidades de buena comunicación; el diálogo (la forma verbalizada de la comunicación), Stern (1997), señala la existencia de un diálogo no común en la díada madre-bebé; es decir, un monólogo de la madre en forma de diálogo imaginario, porque la madre deja después de cada una de sus intervenciones un espacio de tiempo para la supuesta respuesta del bebé. Asimismo, un estudio sobre las actitudes y los comportamientos de madres adolescentes y su influencia en las conductas de apego en los niños muestra que existe un alto porcentaje de niños que muestran un apego desorganizado e inseguro. Sin embargo, se encontró que la estimulación verbal de la madre hacia el niño durante la niñez temprana atenúa esta situación (Lounds et. al., 2005), este sería un indicador interesante para un abordaje preventivo.

Para entender los sentimientos de la madre hacia el padre de su hijo(a), debemos ponernos en el plano del padre, para los hombres el nacimiento de su hijo aparece como una experiencia, un escenario donde la adolescencia se pone en cuestión, y se produce un fenómeno de aceleración de tareas y desafíos tales como madurar, trabajar y proveer, responsabilizarse, etc. El eje del fenómeno de la paternidad, se encuentra en torno a las dimensiones de proveer y dar sustento económico. Las otras aparecen como marginales,

como áreas emergentes, como funciones subsidiarias o residuales (Cabezas y Krauskopf, 1991).

El soporte de una pareja y el tener un grupo de apoyo disminuye el estrés psicológico y la depresión, es decir, la presencia de una pareja incentiva el bienestar psicológico (Thompson y Puebles- Wilkins, 1992). Las madres adolescentes que poseen una representación del padre del bebé como cercano afectivamente a su hijo, tienden a ser menos intrusivas con éste. En consecuencia, una relación cercana con el padre del bebé tiene un impacto positivo en la madre (Traverso, 2006). Por otro lado, la percepción del padre del niño como una figura distante emocionalmente del bebé es más frecuente en el grupo de madres adolescentes. Asimismo, las adolescentes suelen tener relaciones más inestables con sus parejas. Muchas de estas madres incluso tienen que enfrentar el embarazo y la maternidad sin un compañero, lo que vuelve aún más difícil la situación (Fernández, 2005).

Creemos, además, que las características que propicia una relación de pareja favorecen la consolidación del apego autónomo. En este estudio, la mayoría de las madres adolescentes convive con su pareja, lo que puede considerarse como un factor protector, dado que se han descrito múltiples beneficios derivados del hecho de mantener una relación de pareja en el transcurso de la experiencia de maternidad. Específicamente, se ha encontrado que las madres adolescentes que reciben apoyo de una pareja manifiestan tener una mayor satisfacción con su vida y una mayor autoestima, así como menor malestar y depresión (Thompson & Puebles- Wilkins, 1992).

Parte del “estar” listo para ser padre es el reconocer al bebé como propio, lo que en ocasiones no se produce. Para muchas de las adolescentes, cuando la paternidad es negada, es restablecida por el parecido físico de los hijos(as) con sus padres. También expresan que los niños, a pesar de ser tan pequeños, pueden llegar a reconocerlos. Es decir, en varios casos el hijo, se acepta por parte del padre, ante la realidad de los indicadores concretos (Candia, 2000), pero aún así, no asumen sus roles paternos. Finalmente, podríamos afirmar que, los sentimientos de las madres adolescentes hacia el padre de su hijo(a), dependerán de la actitud que asuman estos frente a su rol paterno.

Los sentimientos de las madres adolescentes hacia sus familias, se ha visto que la maternidad de la hija adolescente constituye un acontecimiento, que aunque presentido, no es esperado. Por eso causa sorpresa, desconcierto, rechazo, desilusión. Lo paradójico es que con frecuencia se da como una repetición transgeneracional, ya que en muchos casos lo mismo le pasó a la madre, o la tía o a la hermana. Podemos decir que, el embarazo temprano y no planeado es un rasgo cultural de estas familias. Sin embargo, como hecho actual es nuevo y su apropiación y elaboración consciente es difícil, por cuanto, se percibe como una adversidad que es fruto de un comportamiento censurado. Así, en el momento inicial se instaura una atmósfera en la cual circulan sentimientos de rechazo, rabia, frustración y agresión, por un lado, y de tristeza, culpa y persecución, por otro. Son variados los testimonios recogidos que dan cuenta de esto, sin embargo, una vez que el hecho se elabora y se acepta, en la mayoría de los casos la familia materna asume el cuidado de una joven que se siente censurada y rechazada, pero que a la vez necesita amparo. En forma totalmente predominante, es la madre-abuela quien acompaña y da apoyo a la adolescente, así haga reclamos por la situación (Arcos, Molina, Uarac y Molina, 1997). De la misma forma estudios como los de Rey de Castro, el 2009, encontraron que, existen madres adolescentes que muestran una preocupación alta por sus familiares, a comparación de las madres adultas, esto interfiere con su vida cotidiana y a la vez es un factor que no aporta beneficio alguna con la crianza de su hijo(a).

En distintos estudios se ha señalado que las adolescentes embarazadas suelen tener poca comunicación con sus padres, y se constatan con frecuencia casos donde existe una ausencia del mismo. Otro hallazgo frecuente es el de una relación problemática madre- hija, que puede caracterizarse por el rechazo o la inconsistencia de la madre y en algunos casos una alta dependencia en la relación. También se encuentran relaciones problemáticas en la familia y poca comunicación entre los hermanos (Berglund et al, 1997; Corona y Tidwell, 1999; Guijarro et. al. 1999). En todas estas descripciones hay que considerar que la adolescencia en sí misma es un factor, pues se trata de una etapa que explica en parte estos comportamientos. Algunas características más extremas, que se encuentran en las familias de madres adolescentes, son el abuso emocional y físico de parte de los padres, el abuso de sustancias y la presencia de cuadros psicopatológicos en estos (Corona & Tidwell, 1999; Trad, 1995). Asimismo, se

encontró que el nivel de la educación parental era menor en las adolescentes embarazadas, en comparación a las adolescentes que no lo estaban (Berglund et al, 1997; Guijarro et. al. 1999). En la misma línea, los estudios indican que, la sensación de temor hacia los padres y la percepción de haber sufrido rechazo en la niñez posibilita que las madres adolescentes presenten un bajo nivel de autoestima, este factor se encuentra asociado, con frecuencia, a ciertas actitudes parentales desfavorables como el abuso infantil (Rey de Castro, 2009).

En un estudio (Flanagan y McGrath, 2003) que examina la relación de interacción en la familia de origen con su ambiente y el potencial en madres jóvenes de abusar de sus niños, se encontró que una cohesión familiar baja correlaciona con un alto potencial de abuso en los niños.

En relación con el apoyo que las madres adolescentes perciben haber tenido en la niñez, se halla una contradicción en una parte de la muestra. Por un lado, en ella, se encuentra que las adolescentes expresan haber tenido cierta cercanía con los padres durante su infancia, en las entrevistas, y por otro lado, las mismas adolescentes manifiestan no haber sentido el apoyo de sus progenitores durante esta etapa. Esta contradicción puede deberse a características propias de la adolescencia, como son la tendencia a idealizar o a denigrar, en este caso, referida a aspectos del pasado (Ammaniti y Sergi, 2003). Es importante recalcar que el reconocimiento de apoyo por sus padres, refleja la elaboración de los individuos sobre sus vivencias del pasado; por esta razón, creemos que este punto constituye un indicador de cómo se sienten las participantes actualmente con respecto a su historia, tal como es sabido, el rol que juega el soporte social tiene implicancias en la salud mental y el bienestar psicológico de la madre, así como también en el desarrollo saludable del infante. La falta de seguridad y apoyo que es sentida por algunas madres adolescentes de este grupo con respecto a su entorno cercano, puede representar las carencias afectivas que se especula pueden llevar a una maternidad adolescente, puesto que, a través de la concepción de un hijo, las adolescentes podrían obtener la carencia de afecto que sienten (Fernández, 2005).

Encontramos otro grupo significativo de madres adolescentes que muestran una preocupación alta por sus familiares, comparando con las madres adultas, que esta

interfiere con su vida cotidiana. Sea cual fuere la causa de su alta preocupación, este factor no aporta beneficios para la maternidad, puesto que se manifiesta junto a una dificultad para concentrarse en otros quehaceres, que en este caso incluirían responsabilidades relacionadas con el hijo(a). Además, la alta preocupación genera que estas personas se angustien constantemente mientras piensan en la posibilidad de alguna separación o ruptura, y esos pensamientos suelen estar acompañados por un estado ansioso, que influye en la relación con su hijo(a). Por otro lado, si se presentara el caso de una escasa capacidad de regulación de emociones propia de la etapa de desarrollo, la dificultad para controlarse, como lo indican las referencias teóricas, podría llevar a que la madre se frustre más fácilmente ante los comportamientos del niño y muestre más ansiedad que las madres adultas al separarse de su hijo (Blunk y Williams, 1999; Trad, 1995).

Se ha observado en algunos casos que el soporte familiar es importante, en el sentido que, configura dos movimientos en la dinámica familiar y en especial en el vínculo de filiación, por una parte, la madre y la hija tienen un encuentro afectivo alrededor del cuidado del hijo-nieto y de la misma adolescente durante el embarazo y el parto. A la adolescente el acontecimiento de la maternidad le facilita la identificación con la madre y con la feminidad, lo cual incide en mejorar las relaciones con la madre. Para la crianza de su hijo, la adolescente encuentra un apoyo fundamental en su madre, de lo cual está agradecida. Por otra parte, ante sus propias ansiedades, angustias y desconciertos, generadas por el desconocimiento de las demandas del propio hijo(a), con frecuencia se siente culpable por el trato agresivo que le dio anteriormente a la madre (Arriagada, 2002; Grimaldo, 2005; Grossmann, y Grossmann, 1993).

CONCLUSIONES

Primera.- En referencia a los sentimientos de las madres adolescentes hacia sus hijos(as), se han podido observar dos aspectos, por un lado una actitud de rechazo y por otro una actitud de aceptación, en el primero, ven esto como una limitación para el desarrollo de sus vidas, y en el segundo, como una oportunidad de experimentar la maternidad como algo divino.

Los sentimientos de las madres adolescentes hacia sus hijos(as), están determinados por factores psicosociales y económicos, como, las presiones económicas que acarrea la misma crianza, la falta de apoyo de sus redes primarias o familias, las condiciones precarias de atención pre-natal y la inexperiencia, la pobreza, el desgaste físico y sentimientos de frustración, que en muchas ocasiones terminan, en una actitud de rechazo hacia su rol de madre, sumado a ello la sensación de inseguridad por no saber qué pasará en el futuro, generan en estas madres adolescentes sentimientos negativos hacia sus hijos(as). Por el contrario, en muy pocos casos se encuentran sentimientos positivos, donde ellas se sienten orgullosas de ser madres y ven todo esto como una manera de crecer en la vida y a la vez una oportunidad para darle lo mejor a sus hijos(as).

Segunda.- Se puede afirmar que, los sentimientos hacia el padre de su hijo(a), estará sujeto en la mayoría de los casos, a cómo asume la pareja su rol paterno, en el sentido de dar sustento económico y emocional a la madre de su hijo(a), de la misma manera cómo participe en las tareas de crianza, por el contrario, si el padre no asume estas funciones, los sentimientos en las madres adolescentes se resumirán en cólera y rechazo hacia el padre de su hijo(a).

Tercera.- El sentimiento de la madre adolescente hacia su familia, en la mayoría son positivos, ya que en ellos ve una fuente de apoyo y seguridad para enfrentar esta nueva experiencia, a la vez genera sentimientos de maternidad que hace que se identifique con su madre y la feminidad, ello desarrolla lazos más estrechos entre los miembros de la familia. Por otro lado, existen sentimientos de culpa y tristeza, cuando los familiares, las marginan, por no estar de acuerdo con la maternidad de su hija.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD.

Primera.- Desarrollar políticas de prevención del embarazo a temprana edad, promoviendo el ejercicio de una adecuada sexualidad en el marco de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia.

Segunda.- Con el apoyo multisectorial implementar los servicios de atención diferenciada e integral de las y los adolescentes en los servicios de salud de la región.

AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN.

Tercera.- Incorporar la educación sexual integral (Esi), como prioridad en el nuevo marco curricular, generando y garantizando condiciones para su implementación.

Cuarta.- Garantizar el desarrollo de estrategias y acciones en el área de tutoría, que permitan a los/las adolescentes adquirir capacidades para el ejercicio de una sexualidad adecuada.

Quinta.- Capacitar a los docentes tutores, destinando presupuesto para el área de tutoría, implementando con materiales didácticos adecuados a la currícula educativa e impulsar el programa de evaluación y seguimiento.

Sexta.- Establecer programas de sensibilización y educación dirigida a la comunidad educativa en relación a la prevención del embarazo temprano, y de los derechos de las madres adolescentes, su acceso a la educación y la no discriminación.

AL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES.

Sétima.- Que el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables implemente programas de atención integral para la madre adolescente en abandono, así como incorporar la atención a sus necesidades básicas y la de su hijo(a) (alimentación, vestido y vivienda), complementándose con el desarrollo de capacidades laborales y de ejercicio de su maternidad, que le permitan asumir su rol materno y pueda continuar con su proyecto de vida.

AL GOBIERNO REGIONAL Y GOBIERNOS LOCALES.

Octavo.- El Gobierno Regional y Los Gobiernos Locales promuevan políticas de implementación de espacios de escucha para la orientación y apoyo a los adolescentes en las instituciones educativas secundarias de su ámbito.

A LAS INSTITUCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL:

Novena.- Que es necesario promover el desarrollo de trabajos de investigación multidisciplinarias relacionados con la maternidad y paternidad en adolescentes, con el fin de profundizar el abordaje de la temática.

Decima.- Que incorporen en su estructura curricular, contenidos o asignaturas que aborden sobre la sexualidad, derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia.

Referencias

Adelson, R, Frommer, M., Pym, M., 8: Rubin, G. (2002). Teenage pregnancy and fertility in New South Wales: An examination of fertility trends, abortion and birth outcomes. *Australian Journal of Public Health*. 16(3), 238-244.

Alatorre R., y Atkin C. (1998) El embarazo adolescente y la pobreza, en Paloma Bonfil y Vania Salles (eds.) *Mujeres pobres: salud y trabajo*. México: Gimtrap; pp. 13-30.

Ammaniti, M. y Sergi, G. (2003). Clinical Dynamics During adolescence: *Psychoanalytic and Attachment Perspectives*. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 54-80.

Arcos, E.; Molina, C.; Uarac, M. y Molina, I. (1997). Maternidad en Adolescentes: Perfil del Patrón de Crecimiento del Niño Durante el Primer Año de Vida. En: *Cuad. Med. Soc.* XXXVIII, 2, 1997/105-114.

Arriagada, I. (2002). Cambios y Desigualdad en las Familias Latinoamericanas. *Revista de la CEPAL* 77.

Badilla, L. (2006). Fundamentos del paradigma cualitativo en la investigación educativa. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*; 4(1). Disponible en: <http://www.edufi.ucr.ac.cr/pdf/412006/Badilla%202006.pdf> [Consultado: 19 de agosto de 2012].

Bakermans- Kranenburg, M. y Van Ijzendoorn, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8- 21.

Bakwin, H. y Bakwin, R.M. (2008). *Behavior Disorders in Children*. Philadelphia, WB Saunders.

Baranowski, MD, Schilmoeller GL y Higgins BS. (1990). Parenting attitudes of adolescent and older mothers. *Adolescence*, 25, 782-790.

Berglund, S., Jerker, L., Marín, F., Salgado, N. & Zelaya, E. (1997). The Background of Adolescent Pregnancies in Nicaragua: A Qualitative Approach. *Social Science and Medicine*, 44 (1).

Bingol, N., Reiningen, D., Rich, H., Isob, S., y Wasserman, F.E., (2010). What happens to the babies born to adolescent mothers?. *Pediatrics* 6:328.

Bowlby, J. (1971). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Londres: Pelican Books.

Bowlby, J. (1973/ 1975). *Attachment and loss: Separation* (Vol. 2). Londres, Gran Bretaña: Pelican Books.

Blunk, E. y Williams, S. (1999). A Comparison of adolescent and adult mothers' maternal separation anxiety. *Social Behaviour and Personality*, 27,281-287.

Brooks-Gunn, J. y Chase-Landsale (1995). Adolescent parenthood. In M.H. Bornstein (Ed). *Handbook of parenting*. Vol 3. (pp 113-149) Mahwah, N.Y: LEA.

Bourbeau, L., Diehl, M., Elnick, A. y Labouvie-Vief, G. (1998). Adult attachment styles: Their relations to family context and personality. *Journal of personality and social psychology*, 74, 6: 1656-1669.

Cabezas, M. y Krauskopf, D. (1991) Características del padre del bebé en casos de madres adolescentes. En: *Actualidades en Psicología* Vol. 8 n. 73: 1-78.

Candia, X. (2000). El embarazo adolescente: su transmisión intergeneracional. Unidad de adolescencia consultorio Alejandro del Río, Puente Alto.

Castillo, Adícea (2002) Mujeres, empleo y pobreza. Foro por la equidad de género. Centro de estudios de la mujer de la UCV (ponencia presentada al seminario modelo democrático venezolano con perspectiva de género, realizado por el foro por la equidad de género con apoyo del ILDIS. Hotel Ávila, Caracas. 25-9-2002).

Corcoran, J. (1998). Consequences of adolescent pregnancy/parenting: A review of the literature. *Soc Work Health Care*; 27(2):49-67.

Corona, S. y Tidwell, R. (1999). Differences between Adolescent Mothers and Nonmothers: An Interview Study. *Adolescence*, 34 (133), 91- 105. SanDiego, EE. UU: Libra Publishers.

Darroch, J., Landry, D., y Ostak, S. (1999). Pregnancy rates among U.S. women and their partners in 1994. *Family Planning Perspectives*. 31(3), 122-126.

De Keijzer, B. (2000). Paternidades y Transición de Género. En Fuller, N. (ed.) Paternidades en América Latina. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Dickson R, Fullerton D., y Eastwood A. (1997). Preventing and reducing the adverse effects of unintended teenage pregnancy. *Effective Health Care*; 3: 1-12.

Drillen, C.M. (2009). The growth and development of the prematurely born infant. In Lubchenco LO, ed: *The high risk infant*. Philadelphia, WB Saunders, 1976, p 251.

East, P.L., Matthews, K.L., & Felice, M.E. (1994). Qualities of adolescent Mother's Parenting. *Journal of Adolescent Health*, 15, 163- 168.

Fetice, M. (1998). Fact sheet on adolescents who have babies. [On Line]. <http://hhd.csun.edu/sheitia/436/lecture1001.html>.

Fernández, A. (2005). Adolescencias y Embarazos: Abuso y diferencias de Clases. *Revista Del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/ UBA*, 10 (3), 37-53.

Fernandez, M., Ruch-Ross, H., Et Montague, A. (2003). Ethnicity and effects of age gap between unmarried adolescent mothers and partners. *Journal of Adolescent Research*. 8(4), 439-466.

Field, T.M, Widmayer, S.M., Stringer, S. y Ignatoff, E. (1980). Teenage lowerclass black mothers and their preterm infants: an intervention and developmental follow- up. *Child Development*, 51 (2), 426- 436.

Flanagan, P. y McGrath, M. (2003). Adolescent Development and Transitions to Motherhood. *Pediatrics*, 96, 273.

Flórez, C. y Núñez, J. (2002). Teenage childbearing in latin american countries. Documentos CEDE N°1. Bogotá: Universidad de los Andes.

Flórez, C. E. y Soto, V. (2005). Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. Informe presentado a la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. Bogotá: Documento de Trabajo.

Frodi, A., Grolnick, W., Bridges, L. & Berko, J. (1990). Infants of adolescent and adult mothers: two indices of socioemotional development. *Adolescence*, 25, 362- 374.

Furstenberg F. J. y Crawford AG. (1978). Family support: helping teenage mothers to cope. *Fam Plann Perspectives* 1978; 10(6): 322-333.

Gabel, H.D. (1988). Teenage pregnancy: an overview. II. Consequences— medical, social and economic. *J S C Med Assoc*; 84(7): 339-341.

Geronimus, A.T., y Korenman, S. (1992). The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Quarterly J Econ*; 197:1187-1214.

Geronimus AT, y Korenman S. (1993). Maternal youth or family background? On the health disadvantages of infants with teenage mothers. *Am J Epidem*; 137(2): 213-225.

Grimaldo, A. (2005). A Qualitative Evaluation of Adolescent mothering and Maternal Sensitivity. Tesis de maestría no publicada, Texas Womans' University, Texas.

Grogger J, y Bronars S. (1993). The socioeconomic consequences of teenage childbearing: findings from a natural experiment. *Fam Plann Perspectives*; 25(4): 156-171, 174.

Grossmann, E. & Grossmann, K. (1993). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. En (Murray, C., Stevenson- Hinde, J & Marris, P.). *Attachment Across the Life Cycle*. Routledge.

Guijarro, S., Naranjo, J., Padilla, M., Gutierrez, C. & Blue, R. (1999, August). Family Risk Factors Associated with Adolescent Pregnancy: Study of a Group of Adolescent Girls an Their families in Ecuador. *Society for adolescent Medicine*, 166- 172.

Guzmán, J. (2000). Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. México: ETA.

Haya de la Torre Castro, Ines Maria – Las características de la interacción madre bebe y el conocimiento sobre el desarrollo del niño en un grupo de madres adolescentes y sus bebes. Tesis.pucpe.edu.pe – 2011.

Hayes, C. (1987). *Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy and Childbearing*. Vol. I. Washington, DC: National Academy Press. 1987.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2011). Encuesta demográfica y de salud familiar 2011, nacional y departamental. *Centro de Edición de la Oficina Técnica de Difusión del INEI*. Perú.

Jones, F.A., Green V. y Kraus, D.R. (2011): Maternal responsiveness of primiparous mothers during the postpartum period: age differences. *Pediatrics* 65:579-584.

Keeve, J.P., Schlesinger, E.R., Wight, B.W. y Adams R. (2011). Fertility experience of juvenile girls: a community-wide ten year study. *American Journal Public Health* 59: 2185-2198.

Kenny, D. (1995). Adolescent pregnancy in Australia. In D. Kenny y R. Job (Eds.). *Australia's adolescents: A health psychology perspective* (pp. 239-245). Armidate, Australia: University of New England Press.

Klerman, L.V. (1993). Adolescent pregnancy and poverty: controversies of the past and lessons for the future. *Journal Adolescent Health*; 14(7): 553-561.

Koniak-Griffin, D., y Turner-Ptuta, C. (2001). Health risks and psychosocial outcomes of early childbearing: A review of the literature. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 15(1), 1-17.

Landry, D., y Forrest, J. (1995). How old are U.S. fathers? *Family Planning Perspectives*. 27(4) 159-165.

Larson, N., Hussey, J., Giltmore, M., y Gilchrist, L. (1996). What about Dad? Fathers of children born to school-age mothers. *Families in Society*. 77(5), 279-289.

Leadbeater, B.J., Bishop, S. y Raver, C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms, and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Development Psychology*, 32, 280-288.

Leventhal, J.M., Hrwits, S.M., Rude, C. y Stier, D.M. (1993). Maltreatment of children born to teenage mothers: A comparison between the 1960s and 1980s. *The Journal of Pediatrics*, 122, 314-319.

Lounds,J., Borkowski, J. G., Whitman,T. L., Maxwell,S. E. y Weed, K. (2005). Adolescent Parenting and Attachment During Infancy and Early Childhood. *Parenting*, 5, 91.

Maddaleno, M. y Schutt-Aine, J. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en Programas y Políticas. Washington: OPS. Disponible en línea: <http://www.adolec.org/pdf/SSRA.pdf>.

Main, M. and Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. Attachment in the preschool years, 121- 160. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego: un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.

Mercer, R. (1995). *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*. New York: Springer Publishing.

McLeod, A. (2001). Changing patterns of teenage pregnancy: population based study of small areas. *BMJ*; 323(7306): 199-203.

McVeigh, C. (2010). Investigating the relationship between satisfaction with social support and functional status after childbirth. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 25(1), 25-30.

Nassar, N., Suitivan, E., Lancaster, P., E Day, P. (2010). *Australian mothers and babies 1998*. AIH Cat. No. PER 15. Sydney: AIHW National Perinatal Statistics Unit. Perinatal Statistics Series No. 10.

Nóblega, M. (2006). *Maternidad e Identidad en Madres de distrito de Villa el Salvador que tuvieron un embarazo durante la adolescencia*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

NSW Department of Health. (1995). *Midwives Data Collection*-. Public health bulletin (Vol. 7, No. 51).

Osofsky, J. D., Hann, D. M. y Peebles, C. (1990). Adolescent parenthood: Risk and opportunities for mothers and infants. En: S. Meisels & J. P. Shokoll (Eds.). *Handbook of early intervention*, (pp. 139-152). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Pierrehumbert, B. Página web de Blaise Pierrehumbert. Recuperado el 20 de abril del 2007 de http://wAnv.geocities.com/bpierreh/camir_Index.html.

Population Reference Bureau (1996). *The World's Youth 1996*. Chart. Washington.

Rey de Castro Alarco, Maria – Representaciones de apego en madres adolescentes de nivel socio económico bajo.- Tesis PUCP, 2009.

Reyes T. (1999). *Métodos cualitativos de investigación: Los grupos focales y el estudio de caso*. Forum Empresarial;4(2):75-87.

Rodríguez, J. (2005). La Reproducción en la Adolescencia: el caso de Chile y sus implicaciones de política. *Revista de la CEPAL*, 86, 13-21.

Rojas, A. (1991). Problemática psicosocial de la madre adolescente. *Revista Ciencias Sociales*, 53, 75-82.

Romero, M. (2005). Embarazo en la adolescencia. Magnitud actual y tendencias. Embarazo de adolescentes. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/m3115bibliografia.html>.

Rosenthal, T., Muram, D., y McAlpine, J. (1993). Teenage Pregnancy: A small comparison group of known mothers. *Journal of Sex Education and Therapy*, 4, 246- 250.

Seamark, C. y Lings, P. (2004). Positive experiences of teenage motherhood: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 54, 813-818.

Serrano, C. (2005). Familia como Unidad de Intervención de Políticas Sociales. Notas sobre el Programa Puente -Chile Solidario. Ponencia presentada en reunión de expertos "Políticas Hacia las Familias, Protección e Inclusión Sociales". 28 y 29 de junio. Santiago de Chile: CEPAL.

Shaefer, S., y Emeriing, J. (1997). Homebound pregnant adolescents. *Home Health Care Management and Practice*. 9(3), 23-32.

Smith, T. (1993). Influence of socioeconomic factors on attaining targets for reducing teenage pregnancies. *BMJ*; 306(6887): 1232-1235.

Stevenson, W., Matón, K y Teti, D. (1999). Social support, relationship quality, and well-being among pregnant adolescents. *Journal of Adolescence*, 22 (1), 109-121.

Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. México. Salud Pública.

Taylor, D., Chavez, G., Chabra, A., F.T. y Boggess, J. (1997). Risk factors for adult paternity in births to adolescents. *Obstetrics and Gynecology*. 89(2), 199-205. The Alan Guttmacher Institute. (1997). *Risks and Realities of Early Childbearing Worldwide: Issues in Brief* New York.

The Alan Guttmacher Institute. (1998). *Teen sex and pregnancy*. Author. [On Line] www.agi-usa.org/pubs/fb-teen-sex.html.

Thompson, MS. y Puebles- Wilkins, W. (1992). The Impact of formal, informal, And societal support networks on the psychological well- being of black adolescent mothers. *Social Work*, 37 (4), 322-328.

Trad, P. (1995). Mental Health of Adolescent Mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 34, 130- 142.

Traverso, P. (2006). *Adolescent mothers in a context of poverty in Peru : maternal representations and mother-infant interactions*. Unpublished doctoral dissertation, University of Leuven, Leuven, Belgium.

Tuñón, E. (2006, abril- junio). *Embarazo en Adolescentes del Sureste de México. Papeles de Población*, 12(48), 141- 154, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

Vasquez, R. y Piñeros, S. (1997). Psicopatología en madres adolescentes. *Pediatría*, 32, 229-238.

Vives, J., Lartigue, T., Diaz-Barriga, M., Legarreta, D., Salinas, E. y Casanueva, E. (1992). Factores precipitantes del embarazo en adolescentes. *Revista Departamento Psicología, Unibersidad Iberoamericana*, 5(3.4), 77-89.

Wellings, K., Kane R. (1999). Trends in teenage pregnancy in England and Wales: how can we explain them? *J R Soc Med* 1999;92(6): 277-82. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/secretariaeiecutiva/0/lcg2180pe/lcg2180e_arriagada.pdf

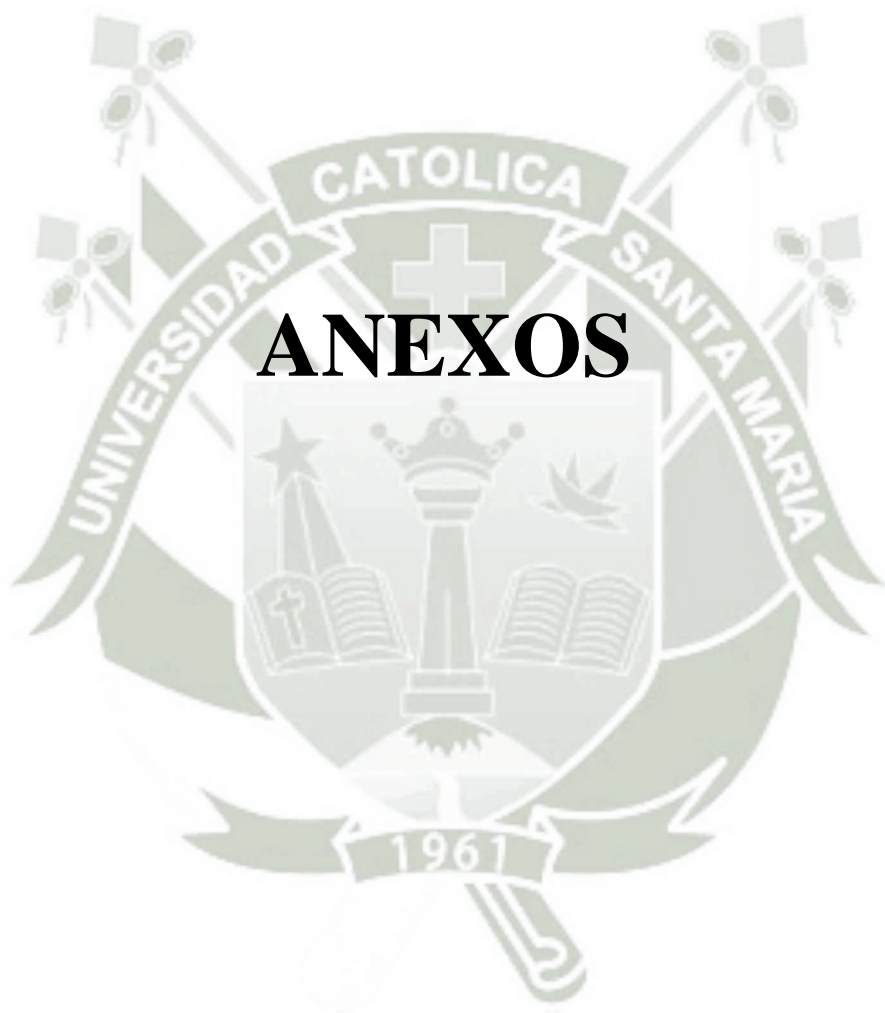
Weinfield, A., Sroufe, A., Byron, E. y Carlson, E. (1999). *The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. Handbook of attachment*, 68- 88. New York: The Guilford press.

Williams, C.W. (1991). *Black Teenage Mothers Pregnancy and Child rearing from their perspective*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.

Yagüe. J.M. (2008). Estudio de los paradigmas de investigación. La investigación acción. Disponible en:

http://www.Cervantesvirtual.com/servlet/ServeObras/08145172066869039710046/007786_3.pdf [Consultado: 15 de agosto de 2012.

Yinger N, Ochoa L, De Sherfeinin A, Morris L, Hirsch J. La Actividad Sexual y la Maternidad entre las Adolescentes en América Latina y El Caribe: Riesgos y Consecuencias. PRE. DHS-IPJD Macro y División de Salud Reproductiva de CDC, Washington, 1992.



ANEXOS

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA DE
AREQUIPA
ESCUELA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD**



**“SENTIMIENTOS DE MATERNIDAD DE MADRES
ADOLESCENTES EN LA CIUDAD DEL CUSCO 2006”**

Proyecto de Tesis presentada por la Magíster:

ORLINDA HUISA CONCHOY

Para optar el grado académico de:

DOCTORA EN CIENCIAS DE LA SALUD

CUSCO - PERU

2006

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

EL PROBLEMA

- 1.1. Origen del problema
- 1.2. Formulación del problema
- 1.3. Preguntas directrices
- 1.4. Objetivos
- 1.5. Justificación

CAPITULO II

MARCO TEORICO REFERENCIAL

- 2.1. Antecedentes del Problema
- 2.2. Referencial Teórico
 - 2.2.1 El Adolescente y sus características
 - 2.2.2 Problemática del embarazo en adolescentes
 - 2.2.3 Riesgos en madres adolescentes
 - 2.2.4 Adolescencia y pobreza en adolescentes
- 2.3. Investigación cualitativa.

CAPITULO III

ABORDAJE METODOLÓGICO

- 3.1. Método de estudio
- 3.2. Tipo de estudio
- 3.3. Área de estudio
- 3.4. Población.
- 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos
- 3.6. Validación del instrumento.
- 3.7. Proceso de recolección de datos
- 3.8 Aspectos éticos considerados en el estudio

3.9. Proceso de análisis e interpretación de datos.

Cronograma

Bibliografía



INTRODUCCIÓN

La maternidad en adolescentes es uno de los problemas sociales que durante los últimos años a tenido mayor repercusión sobre el individuo, familia y comunidad, cuyo número se va incrementando con rapidez especialmente en las zonas más pobres, donde se encuentran las madres adolescentes en situaciones sociales conflictivas que les impide su pleno desarrollo, limitando sus posibilidades de culminar el colegio y por lo tanto, insertarse en el mercado laboral con mayor preparación, afectando las condiciones socio-económicas presentes y futuras de las madres.

Los hijos(a) de madres adolescentes tienen un riesgo alto en su salud, de nacer con bajo peso, malformaciones congénitas, alta mortalidad peri-natal, prematuridad y otros, estos problemas son resultado de la inmadurez física de la madre, la falta de atención pre natal, los inadecuados hábitos relacionados con la salud y la inmadurez emocional.

La maternidad en la adolescencia es una situación muy especial ya que se trata de madres que no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir el rol de tales, la maternidad le cambia por completo su vida porque en nueve meses deja de ser niña para convertirse en madre, por duro que sea una adolescente no está preparada para ser mamá. Ahora con el poco desarrollo psicológico obtenido, las escasas habilidades sociales aprendidas y los pocos recursos económicos la madre adolescente será responsable de si misma y de su hijo(a).

Las razones expuestas han llevado a la presentación de este proyecto, con el objetivo de describir el sentimiento de ser "Madre Adolescente", desde la perspectiva de sus vínculos con el hijo(a), el padre de su hijo(a) y familiares.

En este entender, se pone a consideración el presente proyecto que consta de 4 capítulos organizado de acuerdo a la problemática.

En el primer capítulo se plantea el origen del problema, formulación del problema, preguntas directrices, objetivos y justificación; en el segundo capítulo se plantea el marco teórico referencial que sustentara el trabajo, y en el tercer capítulo se plantea el abordaje metodológico.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1 ORIGEN DEL PROBLEMA

Nacer y vivir en la pobreza, conlleva a situaciones injustas, entre las cuales el abuso sexual y las relaciones sexuales tempranas sin ningún tipo de previsión representan factores determinantes en la cadena de problemas, indefectiblemente heredados de generación en generación.

Madres adolescentes es una realidad cercana y preocupante que se presenta como uno de los problemas de salud pública que preocupa a padres de familia, profesores y sociedad. Es una situación muy especial, ya que se trata de madres que no han alcanzado la madurez necesaria para cumplir dicho rol, el embarazo les cambia por completo su vida, porque en nueve meses, deja de ser niña para convertirse en madre.

Por duro que sea, una adolescente no está preparada para ser mamá, ahora con el poco desarrollo psicológico obtenido, las escasas habilidades sociales aprendidas y los pocos recursos económicos, la madre adolescente será responsable de sí misma y de su hijo(a).

Los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas de larga duración en muchos aspectos de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza, el abandono, el maltrato, enfermedades mentales y físicas. Las madres adolescentes también corren el mismo riesgo de tener estos problemas, la mayor parte de los adolescentes que pasan por esta experiencia abandonan los estudios, para atender y cuidar a su bebé, así las adolescentes pierden la oportunidad de aprender las destrezas necesarias para vivir, la mayoría no tiene acceso a una atención especializada en los servicios de salud, tienen limitadas opciones laborales y escaso apoyo familiar.

La madre adolescente necesita apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, hábil, insegura. Para comprender la situación de una madre adolescente se debe tener en cuenta, que los cambios psicológicos estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la relación con la familia, por su edad y especialmente por su madurez personal.

La pareja que acompañará a la madre adolescente en la crianza del niño es en muchos de los casos también un adolescente, si la adolescente no está preparada para ser madre, muchos menos lo estará el varón para ser padre. Aunque en gran número estos progenitores son varones adultos, cuyas edades oscilan entre 35 a 45 años y en la

mayoría de los casos son casados, que no asumen la paternidad del niño, dejando en abandono a la madre adolescente y su hijo(a), por lo que las generaciones pasan a ser criados y orientados por mujeres.

Las carencias a las que enfrenta el adolescente varón (padre) por su baja capacidad a su edad y su escolaridad, muchas veces insuficientes para acceder a trabajos de buena calidad o bien remunerados, lo obliga a ser un miembro más de su familia política o reubicarse como hijo padre dentro de la propia. Esta situación hace que la relación con su "pareja" sea confusa generándole una gran angustia.

El 20.9% de la población peruana es adolescente, vale decir, 5749.220 varones y mujeres tienen entre 10 y 19 años¹, el 66.9% de adolescentes de 10 a 14 años y el 56.6% de los que tienen entre 15 y 19 años, viven en condiciones pobreza y pobreza extrema; la prevalencia de embarazos en adolescentes es de 11.3%, el 16% de los partos institucionalizados son de adolescentes². De cada 6 muertes maternas, una es de madre adolescente³. Por otro lado, el 8.2% de adolescentes en el área urbana ya son madres, el 0.7% están embarazadas con el primer hijo(a), y en el área rural el 13.7 % de las adolescentes son madres y 4.1% están embarazadas con el primer hijo(a).

En el departamento del Cusco, la situación es la misma que a nivel nacional, la maternidad en adolescentes es un problema, cuyo índice de crecimiento va en ascenso. La historia de una adolescente madre, refleja no sólo un drama o expresión social de un grupo de personas jóvenes, sino también la especial vulnerabilidad de quienes viven en la pobreza y exclusión, sometidos a diferentes presiones y con pocas alternativas que les permitan manejar sus riesgos y sus vidas, de tal manera que, se facilite su desarrollo y la inserción social de forma más armónica y consecuentemente, mejorando las condiciones de salud y calidad de vida de los adolescentes.

Identificar el problema y conocer los sentimientos de maternidad de la madre adolescente, conlleva a profundizar los sentimientos que tienen hacia su hijo(a) y las consecuencias de esta relación, que muchas veces puede poner en riesgo la salud física, mental y social de su hijo(a), el vínculo que existe con el progenitor del niño, las relaciones con la familia de ambos, es un círculo que tiene que ver con los sentimientos

¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) - 2004

² ENDES CONTINUA I SEMESTRE - 2004

³ MINISTERIO DE SALUD " SITUACIÓN DE SALUD DE LAS ADOLESCENTES EN EL PERÚ - 2003"

de maternidad de la madre adolescente. Considerando estas situaciones se elabora la siguiente pregunta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué sentimientos "de ser madre", tiene la madre adolescente desde la perspectiva de sus vínculos con su hijo(a), padre de su hijo(a) y familiares?

1.3. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué se siente ser madre?
- ¿Qué cambios ha ocasionado en tu vida, ser madre?, ¿Qué significa tu hijo(a) para ti?
- ¿Qué tipo de relación mantienes con el padre de tu hijo(a)?
- ¿Qué tipo de relación mantienes con tu familia desde el momento de tu embarazo?

1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General

Describir el sentimiento de ser madre adolescente desde la perspectiva de sus vínculos con su hijo(a), padre de su hijo(a) y familiares.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar el sentimiento de la madre adolescente hacia su hijo(a).
- Caracterizar el sentimiento de la madre adolescente hacia el padre de su hijo(a).
- Describir el sentimiento de la madre adolescente con su entorno familiar a partir de su maternidad.

1.5. JUSTIFICACIÓN

La maternidad en adolescentes en nuestro país, se ha constituido en una de las causas actuales de generación de pobreza, tanto de las madres como de sus hijos(as), además de constituir un riesgo para su salud, pueden limitar las oportunidades de educación, empleo y prolongar el ciclo de madres en situación de desventaja que transmiten su vulnerabilidad a sus hijos. Diversos estudios sobre madres adolescentes concluyen que, la maternidad en adolescentes tiene fuertes efectos negativos sobre el desarrollo de la madre, su hijo(a) y entorno directo, sumado a estos problemas, la adolescente no está preparada para ser madre y los limitantes sociales, psicológicos, económicos agudizan esta realidad.

En este marco, el interés de este trabajo se centra básicamente en analizar "sentimientos de ser madre adolescente", desde la perspectiva de sus vínculos con el hijo(a), progenitor de su hijo(a) y familiares; sentimientos de ser madres a edades tan tempranas en su mayoría atraen situaciones de pobreza y abandono; además, los resultados se dará a conocer a las instituciones involucradas como: Salud, educación e instituciones no gubernamentales y la sociedad, una visión real, que no se limiten de considerar a las "madres tan jóvenes" como cifras estadísticas, sino que se las vea holísticamente.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

2.1.1. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA CON ENFOQUE ETNOGRÁFICO.

La investigación cualitativa, se ubica en el campo de las ciencias humanas, donde el interés no es de tipo cuantitativo, sino que con la utilización de los recursos metodológicos y epistemológicos produzca una información descriptiva; enfoca el estudio en humanos, eventos, observa los fenómenos dentro de un contexto natural, extrae información dentro del marco de referencia de los sujetos. Aquí el investigador no manipula a los individuos o grupos, la realidad viva es el enfoque del interrogatorio. Los investigadores cualitativos estudian las experiencias humanas para obtener el entendimiento a través de la develación del fenómeno, de la subjetividad a través de las personas que dan sentido a sus vidas. Al ampliar el foco de interés hacia lo humano, buscaremos la comprensión de esos fenómenos que exige un conocimiento basado en los principios filosóficos que la sustenta. Se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad darle el rigor que requiere la investigación, así como una ética; el rigor implica credibilidad, que la información que se obtenga se ciña a la verdad y a la vez auditabilidad, que quien lo lea pueda seguir la sucesión de eventos de este estudio con el entendimiento de su lógica. La ética debe estar basada en los principios de beneficencia, respeto a la dignidad humana.

Enfrentar una nueva metodología constituye un desafío, al elegir la investigación cualitativa, la cual entrega nuevas formas de llegar a un criterio de verdad, a través de recursos diferentes a los ya conocidos y utilizados en la investigación cuantitativa, permitiendo conocer otras formas de responder a las interrogantes motivo de investigación. La investigación cualitativa surge como respuesta a las diversas necesidades sentidas por los investigadores en el área de las ciencias humanas. Esta investigación procura introducir un rigor que no da la apreciación numérica a los fenómenos que no son posibles de ser estudiados, tales como: la angustia, la ansiedad, el miedo, la alegría, la cólera, el amor, la tristeza, la soledad, etc. Ella no se preocupa de generalizaciones, principios ni leyes, su enfoque va dirigido a la individualidad

particular, buscando la comprensión de los fenómenos estudiados, siendo los más próximos a la vivencia, para poder entender la manera como los informantes viven sus experiencias. Los participantes dicen sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos mismos.

Existen diversas modalidades de la investigación cualitativa: etnográfica, investigación acción o investigación participante y la fenomenológica, pero la presente investigación tendrá un enfoque etnográfico. "Etnografía es el trabajo de descubrir una cultura, objetivo central, es comprender otras formas de vida desde el punto de vista nativo, la meta, es coger el punto de vista del nativo, su relación con la vida donde se encuentra, su visión del mundo ; el trabajo de campo entonces involucra el estudio disciplinado de lo que es el mundo para la gente que ha aprendido a ver, oír, hablar, pensar y actuar en forma diferente, más que estudiar a la gente, la etnografía significa aprender de la gente". (Bustamante, 2001).

2.1.2. ORÍGENES DE LA ETNOGRAFÍA. Hughes (1992), observó que el término etnografía se ha difundido ampliamente en otros contextos de investigación a partir de su fuente intelectual original. La etnografía, históricamente, se desarrolló en la antropología cultural, centrándose por lo general en sociedades de pequeña escala. Werner y Schoepfle (1987), observaron que al aumentar el número de antropólogos y disminuir el de pueblos tribales, los etnógrafos encontraron otras unidades sociales apropiadas para ser descritas. Hoy en día, etnógrafos de numerosas disciplinas, entre las que se encuentran la enfermería y otras profesiones de la salud, aplican las contribuciones metodológicas y teóricas de la etnografía a diversos ambientes naturalistas. Al entrar la enfermería en los ambientes académicos en la década de los sesenta, un gran número de enfermeras del Nurse Scientist Program obtuvo su preparación doctoral en antropología y estimuló el uso de la etnografía para la enfermería. Madeleine Leininger y Pamela Brink de manera consistente han urgido a que se usen métodos cualitativos en enfermería, en particular métodos etnográficos. Leininger (1985), instó a que se mezclaran la enfermería y la antropología por medio de un método de investigación que denominó "etnoenfermería".

Otras enfermeras antropólogas, tales como Aamodt, Glittenberg, Kay, Kavanagh, Lipson, Morse, Muecke y Tripp-Reimer, han usado métodos etnográficos, o la

etnografía para explorar asuntos o problemas de interés en enfermería. Algunas, tales como Morse (que se formó en enfermería y en antropología), Roberson y entre otros, han usado la etnografía o los métodos etnográficos para explicar los fenómenos dentro de los paradigmas de la enfermería. Las etnografías de enfermería por lo general se han centrado en las creencias y prácticas sobre la salud y cómo se relacionan con otros factores sociales.

No obstante, sin importar cómo se realice o quien la haga, la etnografía siempre está imbuida de un concepto de cultura, y se basa en la presuposición de que la cultura se aprende y comparte entre miembros de un grupo y por ende, se puede describir y comprender (Morse, 1992). La cultura, por supuesto, tiene múltiples definiciones, y las orientaciones teóricas del etnógrafo influyen sobre las inferencias que hace a partir de lo que la gente hace y dice. El concepto de cultura le permite al etnógrafo ir más allá de lo que la gente dice y hace para comprender ese sistema compartido de significados que llamamos cultura.

2.1.3. ¿QUE ES LA ETNOGRAFÍA?

Hughes (1992), planteó que, en su uso original, el término etnografía se aplicaba a un grupo localizado de personas que compartían numerosas características culturales y sociales similares. Por lo general, los miembros de este grupo tenían un gran sentido de solidaridad mutua, basada en factores comunes de lenguaje, residencia, relaciones sociales, creencias y prácticas políticas y religiosas. Este uso parece todavía estar en boga en el presente. Una etnografía se centra en un grupo de personas que tienen algo en común, aunque en las etnografías actuales lo común puede diferir de lo que era común en las tradicionales; los participantes de una etnografía pueden compartir un sitio de trabajo, un estilo de vida, una residencia de cuidados, o una misma filosofía de la gestión.

2.1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA ETNOGRAFÍA

La mayoría de los libros sobre trabajo de campo plantean que la etnografía contiene aspectos tanto de arte como de ciencia. Agar (1980: 13) dijo de manera muy tajante: "Sin la ciencia, perdemos nuestra credibilidad. Sin la humanidad, nuestra capacidad de comprender a los demás". Sin embargo, todas las etnografías tienen ciertas características distintivas. Las características de la etnografía: la naturaleza contextual y

holística de la etnografía, el carácter reflejado de la etnografía, el uso de datos emic y etic, y el producto final que llamamos etnografía (4).

Holística y contextual

Una etnografía es holística, y contextualizar los datos exige poner las observaciones y los datos de las entrevistas en una perspectiva más amplia. Un planteamiento central de la etnografía es que el comportamiento del ser humano sólo se puede entender en contexto; o sea, en el proceso de análisis y abstracción, el etnógrafo no puede separar los elementos del comportamiento humano de sus contextos pertinentes de significado y propósito. En realidad, es este contexto el que permite comprender el comportamiento humano. Hammersley y Atkinson observaron que el contexto incluye mucho más que el medio ambiente físico, ya que "cualquier relato del comportamiento humano requiere que comprendamos los significados sociales de que está imbuido". Para ello, el etnógrafo debe hacer algo más que simplemente limitarse a describir el comportamiento, pues ha de comprender por que ocurre el comportamiento y bajo que circunstancias.

La reflexividad.

La etnografía tiene un carácter reflexivo, lo que implica que el investigador es parte del mundo que estudia y está afectado por este. Al explicar tal reflexividad, Hammersley y Atkinson observaron que la distinción entre la ciencia y el sentido común, entre las actividades del investigador y las de los investigados, yace en el corazón tanto del positivismo como del naturalismo, y sugirieron que ambas posiciones (extremas) presuponen "que es posible, al menos en principio, aislar un cuerpo de datos no contaminados por parte del investigador, bien sea volviéndose el un autómatas o convirtiéndose en un recipiente neutral de la experiencia cultural" (1983: 14). La buena etnografía a veces se halla en medio de estos dos extremos, y el etnógrafo no acepta los datos sin más sino que los considera como un campo de inferencias en las que se pueden identificar patrones hipotéticos y cuya validez se puede comprobar.

4 MORSE M. JANICE "Asuntos críticos en los métodos de investigación"

Lo Emic y lo Etic

Los términos emic y etic son comunes en la etnografía, y están relacionados de manera directa con el análisis anterior sobre la reflexividad. La perspectiva emic - la visión desde adentro, o la perspectiva sobre la realidad que el informante tiene se encuentra en el corazón de la investigación etnográfica. Obviamente, la visión desde adentro, de lo que sucede y por qué, es básica para comprender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos. La perspectiva etic es el marco teórico que se trae desde afuera, las abstracciones del investigador, o la explicación científica de la realidad. Un propósito importante de la investigación sociocultural de tipo etic, es desarrollar instrumentos estandarizados para medir las variables socioculturales. También es importante advertir, sin embargo, que la perspectiva etic - el punto de vista que se tiene desde afuera es lo que los etnógrafos ven u observan a medida que se introducen en el trabajo de campo. Aunque la perspectiva emic puede no siempre conformarse a un punto de vista etic, ambos puntos de vista son importantes para ayudarle al etnógrafo a comprender por que miembros de un grupo particular hacen lo que hacen. Y ambas son necesarias si el etnógrafo quiere comprender y describir con precisión situaciones y comportamientos. Ambos puntos de vista le ayudan al etnógrafo a desarrollar interpretaciones conceptuales o teóricas.

El producto de la etnografía. Y por ultimo, pero muy importante para los profesionales de la salud que realizan etnografías: cual es el producto final?, ¿Es una etnografía? Morse (1991), planteó una serie de preguntas de la investigación cualitativa, entre las que se incluye la etnografía. Es La etnografía simplemente un método que incluye técnicas para recolección y análisis de datos. Es la etnografía sólo un método que cualquiera puede aprender a usar bien, o debe usarse en el contexto de las presuposiciones y perspectivas teóricas de la antropología?

¿Es posible producir una etnografía que no ofrezca explicación cultural? Necesitan ¿los investigadores de la salud alguna clase de educación formal en antropología para poder aplicar de manera apropiada la teoría de la cultura?

3. PROBLEMÁTICA DEL EMBARAZO EN DOLESCENTES

3.1 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

La sexualidad es una parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte, para los adolescentes es parte del proceso natural de transformación en adulto. La sexualidad involucra comportamientos, actitudes, sentimientos y valores de las personas que van adquiriendo dentro de su sociedad como son los valores sociales, la sexualidad se conforma según el grupo social, la cultura, el momento histórico e ideológico predominante, por lo tanto, cambia y evoluciona como el ser humano. Los aspectos fundamentales a considerar en el concepto de sexualidad son:

- **Aspectos sociales:** relacionados con la cultura y el medio socioeconómico en el que se desarrollan las personas. Desde el nacimiento, la familia, la escuela, los amigos, los medios de comunicación etc. Van transmitiendo al hombre y a la mujer el rol social que se espera de cada uno de ellos. Por lo tanto, las formas de ser hombre y ser mujer se aprende, la persona no nace con ellos.
- **Aspectos biológicos:** son las características innatas, anatómicas y fisiológicas que determinan el sexo de una persona y que posibilitan la reproducción de la especie.
- **Aspectos psicológicos:** referidos a las características individuales de las personas, es decir, la forma en que piensa, siente y actúa con relación a su identificación como varón o mujer y su desenvolvimiento como tal en la sociedad.

La salud sexual en términos más amplios se puede definir, como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia.

3.2. ACTIVIDAD SEXUAL DE LOS ADOLESCENTES

La actividad sexual premarital es común en muchas partes del mundo, y existen informes que indican que va en aumento en todas las regiones. En muchos países los jóvenes de ambos sexos sienten una fuerte presión de la sociedad y la gente de su

edad, para tener ese tipo de relaciones y ciertas características de la vida moderna (los medios de comunicación masiva, la dispersión de la familia y desintegración de valores morales tradicionales, y la creciente migración, urbanización y materialismo), pueden elevar tanto el deseo como la oportunidad con respecto a esto. La existencia de relaciones sexuales antes del matrimonio entre los jóvenes es más común en el caso de los varones. En muchas sociedades se considera serial de madures y estatus social en estos, mientras que para las mujeres se ve como prohibido.

Las relaciones sexuales premaritales conllevan serios riesgos y consecuencias, especialmente cuando no existe la información y servicios de salud reproductiva apropiados. El aumento en la actividad sexual pone a los jóvenes en mayor riesgo de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Muchos embarazos no planeados acaban en abortos y apenas está empezando a disponerse a datos completos a este respecto. Los abortos en condiciones de riesgo (a veces provocadas por las propias embarazadas) pueden dar lugar a enfermedades graves, infertilidad y muertes. Las complicaciones resultantes de abortos en condiciones de riesgo son la principal causa de muerte entre adolescentes en algunos países.

3.3. EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia se define, como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero durante la adolescencia conduce a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre y del hijo(a), por lo que constituye un problema que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino también del futuro por las complicaciones que genera.

Algunos de los factores que se consideran como predisponentes en la actualidad son:

- Tendencia a la disminución de la edad de la menarquía que aumenta el tiempo de exposición.
- Mayor libertad sexual relacionada con el creciente urbanismo.

- Mayor información y contacto con otras costumbres y culturas (Reducción de barreras sexuales, liberación femenina, relaciones patrimoniales, etc.)
- Carencia afectiva y falta de comunicación en su medio familiar.
- Abandono o trabajo de los padres fuera de la casa que no les dedican tiempo al diálogo ni a la comunicación con el adolescente.
- Ambiente familiar dominado por problemas de alcoholismo, drogadicción, depresión, separaciones, etc.
- Madre y familiares con historia de embarazo en la adolescencia. Aumento de la actividad sexual en los adolescentes. Violación.
- Falta de educación sexual apropiada en la casa, en la escuela y universidad. En resumen; se podría decir que, el factor principal causante de embarazo en la adolescente es la falta de una relación afectiva comunicativa y comprensiva con los padres y falta de una adecuada orientación sexual.

Otro factor que puede desencadenar este fenómeno, es la poca autoestima y la inmadurez cognoscitiva, cuando los adolescentes de ambos sexos se sienten aprisionados en una situación social, sin oportunidades para buscar un futuro mejor, el embarazo puede constituir una forma ilusoria, y una opción satisfactoria.

El embarazo llega a la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la suficiente madurez física ni mental; a veces tiene lugar en circunstancias adversas en que se destacan las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio social poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

3.4. IMPLICANCIAS SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

En los países en América Latina y todo el mundo, el embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud por sus implicancias sociales, médicas y demográficas.

El embarazo no deseado deja a las adolescentes muy pocas alternativas:

- Tener el hijo(a) y conservarlo con el riesgo para el recién nacido de ser un hijo(a) indeseado.
- Tenerlo y darlo en adopción.
- No tenerlo y someterse al aborto.

"El embarazo en adolescentes no es nuevo, sin embargo, sus características sociales difieren bastante de lo que fue en décadas anteriores. Importantes cambios sociales

durante estas últimas décadas han significado también importantes efectos en cada uno de los grupos que conforman nuestra sociedad, en especial en el núcleo básico que es la familia. De particular interés pueden ser los siguientes cambios:

- Patrones de vida familiar.
- Cambios en el status de la mujer.
- Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos. Cambios en la cultura de la juventud.
- Cambios en las políticas sociales (de protección) uso del tiempo libre.
- Impacto de los medios de comunicación de masas, en especial de la televisión" (19).

Dentro de los nacimientos que ocurren fuera del matrimonio con adolescentes, se considera un problema social, por problemas de salud, por tratarse de nacimientos de mayor riesgo, como por afectar las condiciones socioeconómicas presentes y futuras de los adolescentes, limitando sus posibilidades de terminar el colegio y como consecuencia insertarse en el mercado del trabajo con mayor preparación.

Entre las características de las madres adolescentes según información del censo 2002, se tiene que el 88% son solteras, por tanto, la gran mayoría son acogidos en sus respectivas hogares o van en busca de trabajo, abandonando a sus hijos (as) bajo el cuidado de terceros, en una gran proporción, no continúan estudiando y se dedican al trabajo doméstico, desde el punto de vista económico, la mayor parte de las madres adolescentes viven en hogares en condiciones de pobreza.

La deserción escolar y la consecuente baja productividad laboral en este grupo se traduce en una mayor probabilidad de que perpetúen sus condiciones de pobreza en el futuro, por tanto, los adolescentes en la búsqueda de un espacio en el mundo, son una respuesta a su propio contexto social.

3.5. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Generalmente se han estudiado las consecuencias para las adolescentes dando a entender que, el embarazo en la adolescencia es un problema eminentemente femenino. Esta posición carece de justificación, pues como es evidente el

adolescente varón está siempre necesariamente implicado y el embarazo puede tener consecuencias negativas para él.

No sólo afecta a la mujer y al varón adolescente de manera individual, también puede afectar considerablemente a la relación que ellos mantienen.

CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE MUJER

Tradicionalmente sólo se habían considerado las consecuencias orgánicas, sin embargo, hoy sabemos que están expuesta a otro tipo de consecuencias, entre estas tenemos; las psicológicas, sociales, económicas, educativas, laborales, pudiéndose extender muchas de estas en el futuro. Para la adolescente conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico. En general el miedo, el estrés y la ansiedad, son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean ¿Qué puede hacer?, ¿Cómo reaccionará su pareja?, ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán?, ¿Qué va a ocurrir con su vida?

Lo más habitual es que la adolescente no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.

CONSECUENCIAS FÍSICAS

Durante la gestación, el parto y el puerperio existe la probabilidad de que se presenten una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente la salud de la madre y del hijo. Los embarazos en la adolescencia son considerados de alto riesgo, durante la gestación son mucho más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, retardo en el crecimiento uterino, abortos espontáneos, las complicaciones durante el parto y el puerperio, partos distócicos, elevada tasa de mortalidad materna. Todo esto se explica en la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre niña.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la

adolescente una gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre es un gran paso para su vida.

Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Silver Thomas afirma que, el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso".

(⁵) Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión e incluso suicidios.

CONSECUENCIAS EDUCATIVAS

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación, se ven claramente disminuidas, son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios. El rendimiento académico de las madres adolescentes es inferior. Por otro lado, sus posibilidades de abandonar la escuela se sitúan en un porcentaje alto. La asociación entre embarazo y abandono escolar se mantiene, incluso cuando se controlan el rendimiento académico. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

CONSECUENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS

Las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, no encuentre trabajo o que, en el caso de encontrarlo, esté mal pagado. Como consecuencia muchos viven en hogares con nivel de la pobreza, con todo lo que ello conlleva.

La precariedad económica se mantiene inclusive varios años después del embarazo. No estamos seguros de que el mero hecho de tener un hijo durante la adolescencia sea la variable que explica estas consecuencias. Es posible que el bajo status socioeconómica, habitualmente estas adolescentes, explique al menos una parte de los problemas, ya que se asocia con un mayor índice de abandono escolar, a la vez que hace más probable acabar teniendo peores trabajos e ingresos más reducidos.

RELACIONES SOCIALES

Puede ocasionar a la adolescente importantes problemas de rechazo social.

Puede llegar a ser rechazada, además de su pareja, por algunos de sus amigos,

⁵ SILBER J. TOMAS, MUNIST MABEL "Manual de la Medicina de la Adolescencia" OPS-Washington 1992.

vecinos o familiares. En los casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de sus fuentes de apoyo social y también económico, en el momento en que más la necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la adolescente se implique en una relación de pareja estable, posiblemente debido a que los varones adolescentes suelen rechazar tener una pareja con un hijo(a) que no sea suyo.

CONSECUENCIAS PARA EL ADOLESCENTE VARÓN

Hasta los años 80 ha existido un "olvido" casi total del papel de los adolescentes varones en el embarazo no deseado. Si bien el tema del embarazo en la adolescencia se sigue considerando como un problema fundamentalmente femenino, el interés por el papel de los adolescentes varones ha ido en aumento, especialmente a partir de la década de los 80. Las consecuencias que afectan a los varones parecen depender, en gran medida, del grado que asuma su parte de responsabilidad en el embarazo. Si su implicancia es grande, es muy probable que le afecten las consecuencias psicológicas, sociales, económicas. Algunos estudios han encontrado que en estos adolescentes son más probables la baja auto eficacia personal percibida, la ansiedad y los sentimientos de culpa. Su rendimiento escolar y por ende mayor deserción escolar, su situación económica, aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa frente al problema.

3.6. PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La prevención del embarazo en esta etapa es muy importante, se deben diseñar programas de educación para la salud de la familia, que faciliten la comunicación entre padres e hijos, educación a los pacientes y maestros sobre características biopsicosociales y sexualidades en niños y adolescentes es fundamental.

El embarazo de la adolescente está relacionado con la conducción de mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición, es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la

maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor que la edad que tiene, su salud está resentida por embarazos repetidos, el trabajo doméstico agotador, es típico la baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

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

La prevención del embarazo se inicia desde que nace la niña con un adecuado crecimiento y desarrollo, buena nutrición, buena educación y programas de salud adecuados que tengan como objetivo fundamental el bienestar de la mujer.

Estos adolescentes serán los padres de la próxima generación y se les debe otorgar todas las oportunidades para desarrollar al máximo su potencial como individuos saludables, ya evitar los peligros de tener niños muy seguidos y a temprana edad.

LA ANTICONCEPCIÓN DURANTE LA ADOLESCENCIA

Los adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable a las consecuencias médicas de su actividad sexual: embarazo, abortos, enfermedades venéreas e índices más altos de mortalidad materna infantil, se deben ofrecer servicios médicos y de planificación de la familia más amplios a los adolescentes.

Es necesario además, que en las escuelas o en la comunidad haya un diálogo más abierto sobre la sexualidad, para que los adolescentes hagan uso de los servicios existentes. La motivación, la edad, el nivel de educación, el respaldo social y el acceso a los servicios son variables importantes para predecir el comportamiento anticonceptivo eficaz.

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

"Los adolescentes carecen notablemente del conocimiento bien fundamentado de los diferentes métodos de planificación familiar. Si bien muchas pueden recitar de memoria, carecen del adiestramiento necesario para su correcto uso en caso de tener

coitos. El método de planificación familiar ideal en la adolescencia es la abstinencia coital, pero si los coitos se hacen parte de la vida sexual de la adolescente, diversos métodos pueden ser utilizados de forma inocua y segura" (6). Esto significa que el tema de prevención de embarazos y anticonceptivos no sólo está relacionado a aptitudes de paternidad responsable, sino también a aptitudes y conductas de responsabilidad frente a la pareja y así misma.

Con mayor razón en el caso de los adolescentes, es más propio hablar de sexualidad responsable, ya que ellos no se proyectan hacia la formación de una familia por la misma razón, al hablar de métodos para evitar el embarazo, es preferible no emplear el término de métodos de planificación, sino más bien hablar de métodos de anticoncepción, ya que el adolescente se orienta más hacia la planificación de vida o la de su pareja que hacia la planificación de una familia. Los adolescentes son consientes de las consecuencias desfavorables de tener un hijo(a) en las condiciones en la que se encuentran, sin embargo, carecen de conocimientos sobre las maneras más efectivas de evitarlas. El inicio temprano de las relaciones sexuales sin hacer uso de métodos anticonceptivos también obedece a la falta de información. Se conoce que el poseer mayor información sobre los riesgos, las consecuencias y las formas de prevenir embarazos, incrementa la probabilidad que un adolescente decida postergar el inicio de las relaciones sexuales o de lo contrario mantenga relaciones sexuales haciendo uso de algún método anticonceptivo. Las adolescentes aún cuando muestran su acuerdo de compartir con la pareja la responsabilidad en el uso de métodos anticonceptivos refieren su falta de disposición para hacerse de estos, pues significaría darles a entender a sus parejas que "son recorridas" (es decir que tienen experiencia sexual).

Aunque los preservativos se venden sin receta médica, la compra del primero es una experiencia muy difícil, si bien los adolescentes de hoy en día son más mundanos, el hecho de comprar preservativos sigue despertando en ellos sentimientos de vergüenza y temor. (7)

6 PORTELLA JULIO, CHAVEZ J.: "SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE, RETOS DEL MILENIO"
LIMA, SETIEMBRE

7 TRISTAN FLORA "VIOLENCIA FAMILIAR, VIOLENCIA SEXUAL, ABORTO, DERECHOS REPRODUCTIVOS".
LIMA 2003.

La mayoría de los adolescentes refieren que no usan métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales, porque estas no son planificadas, porque no le gusta a su pareja y por que tienen la creencia de que les puede hacer daño. Además, que tienen vergüenza al comentario de la gente o al temor de que sus padres se enteren que están utilizando anticonceptivos y que estos a su vez tomen represalias contra ellas.

3.7. RIESGOS EN MADRES ADOLESCENTES

RIESGOS REPRODUCTIVOS EN LAS ADOLESCENTES

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño, las mujeres adolescentes no sólo están menos preparadas emocionalmente sino también menos preparadas físicamente para dar a luz.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones médicas graves como: toxemia, Hipertensión inducida por el embarazo, anemia grave, abortos espontáneos, embarazos extrauterinos, amenaza de parto pretermino, presentaciones fetales distócicas, hipertensión, parto prematuro y/o placenta previa. La tasa de mortalidad materna para adolescentes es de 15.7%.⁽⁸⁾

Los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que las madres adultas, y la principal causa es la prematurez, que está relacionado con la falta de controles prenatales, alimentación adecuada, estado emocional de la madre y como consecuencia el riesgo que tiene el niño de morir en el primer año de vida se incrementa.

Ante un embarazo que la adolescente no está en condiciones de llevar a término, la joven suele carecer de conocimientos, recursos y orientaciones para resolver su situación, sola y vulnerable recurre a los métodos más peligrosos con el fin de interrumpir el embarazo, asimismo, el miedo a la censura lo lleva a retrasar la asistencia a los servicios de salud para buscar ayuda frente a las complicaciones

⁸ MINISTERIO DE SALUD "SITUACIÓN DE LA SALUD DE LAS/LOS ADOLESCENTES EN EL PERÚ" - LIMA 2004.

derivados de un aborto incompleto, esta cadena de acontecimientos coloca a la adolescente en alto riesgo de enfermedad y muerte.

ABORTOS EN LA ADOLESCENTE

Al menos el 10% de todos los abortos en el mundo ocurre entre mujeres de 15 a 19 años de edad. ⁽⁹⁾

A nivel mundial, el aborto clandestino es algo que ocurre comúnmente entre las adolescentes. La Organización Mundial de la Salud calcula que cada año ocurren entre un millón y 4.4 millones de abortos entre las jóvenes de 10 a 24 años de edad y que la mayor parte de estos abortos son de elevado riesgo, porque los realizan personas no capacitados y en condiciones ilícitas y peligrosas.

Si bien es cierto, en Perú, la fecundidad adolescente está descendiendo, es decir, está disminuyendo la cantidad de hijos(as) que las mujeres tienen durante la adolescencia, un hecho importante a resaltar es que la cantidad de madres adolescentes está aumentando.

Tanto en cifras absolutas como en relativas. Es difícil precisar la verdadera dimensión del aborto en adolescentes en el Perú, la ilegalidad del mismo, la vergüenza de contar las experiencias, factores religiosos, morales o sociales dan un número irreal del mismo. En el Perú sólo en el año 2003 fueron atendidas 4.247 adolescentes con cuadros de abortos complicados en los establecimientos del MINSA, para un total de 41.993 abortos complicados. ⁽¹⁰⁾

CAUSAS DEL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

No existe una causa única que obligue a una adolescente a decidirse a abortar, casi siempre es la confluencia de varias condiciones, las más frecuentes son:

- Deseo de continuar la escolaridad, aunque legalmente no pueden ser expulsadas del colegio, el sentirse un mal ejemplo, muchas veces aísla a la adolescente y termina por abandonar los estudios.

⁹ PORTELLA JULIO. CHAVEZ J. "SALUD REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE, RETOS DEL MILENIO"
LIMA, SETIEMBRE 2001.

- Falta de apoyo del compañero o la pérdida de este si prosigue el embarazo, con gran frecuencia la pareja abandona a la adolescente o sino condiciona el permanecer a su lado, si es que termina el embarazo.
- Deseo de ocultar el embarazo, no desean que nadie sepa que tuvo actividad sexual y que se embarazó, para algunas jóvenes las hace no honorables. Miedo a la reacción o actitud que tomarán los padres, corren el riesgo de ser desterradas de la casa. Actitud frecuente que toman padres machistas. Sentimiento de incapacidad para cuidar bien a su bebé.
- Vergüenza de que la familia pierda su honor por no estar casada.
- Bajo nivel educativo según ENDES 2000 en el ámbito nacional, la mayor proporción de adolescentes que tuvieron aborto carecen de nivel educativo.

EMBARAZO NO DESEADO

Generalmente, el aborto provocado es el final de un embarazo no deseado y es el resultado de una experiencia coital temprana, deficiente información y educación en sexualidad, falta de información en anticoncepción, falta de comunicación, mal uso del tiempo libre, violencia sexual y drogadicción.

INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

Muchas veces es difícil en la consejería de las adolescentes que nos confiesen que ya iniciaron actividad sexual, pero la existencia de algunas constantes como la diferencia de edades, el tiempo de enamorados y la experiencia previa por uno de ellos o de ambos son situaciones que favorecen el inicio sexual temprano.

FALTA DE INFORMACIÓN

La falta de información constituye en uno de los factores más importantes para postergar el inicio de la actividad sexual, para evitar un embarazo no deseado o para evitar un aborto, ya que desconocen las consecuencias de este, sean biológicos o

psicológicos. El aborto puede causar hemorragia, infección, dolor crónico, embarazo ectópico e infertilidad.

VIOLENCIA BASADA EN EL GÉNERO

La violencia basada en el género, es la forma más difundida de abuso de los derechos humanos en todo el mundo. Una de cada tres mujeres en el planeta es víctima de la violencia doméstica, es forzada a tener relaciones sexuales o sufre abuso psicológico durante la vida.

La violencia basada en el género abarca el infanticidio femenino, la violación, el abuso de menores y la prostitución, matrimonio obligado a una edad temprana.

3.8.LA CONCEPCIÓN DE UN HIJO Y SUS EXPECTATIVAS

El hijo de madre adolescente debe ser considerado como un niño de alto riesgo, debe ser incluido en un esquema de seguimiento de mayor cuidado, especialmente en cuanto a las conductas de sus cuidadores, se tomará especial atención con los niños que viven con ambos padres adolescentes donde se concentran los maltratos. En la mayoría de los casos los abuelos tienen mayor responsabilidad en el cuidado de los hijos de madre adolescente. El problema posterior será el desplazamiento de los roles maternos de la adolescente y el alejamiento progresivo del cuidado de su hijo(a) en manos de los abuelos, este hecho tiene influencia en el desarrollo del niño en su periodo escolar, pre-puberal y de adolescencia.

- Criar al niño con la familia de origen suele ocurrir en las clases sociales más pobres, donde la situación no es una novedad. Este tipo de crianza genera confusión de roles familiares en el niño, pero le brindan a él y su madre un hogar afectivo aceptable.
- Casarse o unirse, conviven pero no tienen la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja. Esto, además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de estas uniones.
- Dar el niño en adopción, esto tiene un alto costo emocional. La sociedad tiene en general una actitud ambivalente al respecto, con posiciones muchas veces encontradas. La opinión de los padres adolescentes suele ser la que menos se tiene en cuenta.

- Alojarse en hogares maternos, que es siempre una solución transitoria y constituye una forma sofisticada de marginación. Las nuevas tendencias son a utilizar pequeños hogares similares a una familia, en lugar de grandes instituciones impersonales, que se adecuarían mejor a un modelo integrador con posibilidades de producir un impacto positivo en la problemática de la madre adolescente y sola.

Es indudable, la carga que para la madre entraña cualquiera de esas posibilidades siempre es una solución transitoria.

Igualmente, se ha enfrentado el problema del joven padre, que por lo general, la noticia de ser padre suele conmoverles profundamente. Deben en ese momento asumir los padres adolescentes un rol que en esta etapa de su crecimiento está cuestionado. Algunos adolescentes lo intentan, pero la desvalorización a la que son sometidos por sus propias familias, las dificultades laborales y económicas, el rechazo social y la relación de conflicto que se establece con su compañera, hace que muy pocos puedan asumir y mucho menos concretar la responsabilidad. Se convierten así en padres abandonantes. Por ello, el padre adolescente, en esta compleja problemática, es una persona que también requiere ser atendido y considerado por el equipo de salud.

4. RIESGOS DE SALUD EN HIJOS(AS) DE MADRES ADOLESCENTES RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO.

Los órganos de los bebés de bajo peso al nacer pueden no estar totalmente desarrollados. Lo que puede derivar en problemas pulmonares, como el síndrome de dificultad respiratoria o en hemorragias cerebrales, pérdida de la vista y problemas intestinales graves.

Los bebés de bajo peso (menor a 2500gs.) al nacer tiene 20 veces más probabilidades de morir durante el primer año de vida que los bebés nacidos con peso normal.

MALFORMACIONES CONGÉNITAS

Mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), los defectos del cierre del tubo neural, las

malformaciones más frecuentes; polidactilia , paladar hendido y un número importante de retrasos mentales de por vida.

MORTALIDAD PERINATAL.

Su índice es elevado entre las adolescentes y las principales causas son: Ictericia neonatal, sepsis, prematuridad, complicaciones intraparto como sufrimiento fetal, atonía uterina.

Igualmente, los hijos de adolescentes corren el riesgo de ser abandonadas y ser abusados, maltratados por sus propios padres, porque la madre adolescente no sabe como cuidarlos y están frustrados por las demandas constantes de los pequeños. En general este conjunto de problemas resulta de una combinación de factores: el bajo nivel socioeconómico, la inmadurez física de la madre, la falta de atención prenatal, los inadecuados hábitos relacionados con la salud y la inmadurez emocional. Dadas las escasas habilidades parenterales, las erróneas expectativas sobre el desarrollo del hijo, la pobre motivación, el elevado nivel de estrés y la ansiedad, el reducido apoyo social y económico de los que suele disponer la madre y en su caso el padre dado el bajo estatus socioeconómica al que suelen pertenecer es frecuente que estos niños reciban escasas atenciones tanto físicas como psicológicas, lo que tendrá importantes consecuencias no sólo durante su infancia, sino también durante la adolescencia. Es menos probable que los niños lleguen a establecer vínculos de apego seguros y sus posibilidades de sufrir negligencia y malos tratos son mayores. Tienen una mayor incidencia de trastornos orgánicos y son mas frecuentes en ellos los problemas de conducta, el fracaso escolar y el bajo rendimiento intelectual. Además, suelen vivir en hogares con pocos recursos, con todo lo que ello conlleva.

5. REACCIONES EMOCIONALES DE LAS MADRES ADOLESCENTES

Las madres adolescentes pueden tener diferentes tipos de reacciones emocionales:

- Puede que algunas no quieran tenerlo al bebé.
- Lo pueden querer, tener razones idealizadas y poco realistas.
- Otras adolescentes pueden ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que conlleva.

- Algunas pueden querer al bebé por tener alguien a quien amar, pero no se dan cuenta de la cantidad de atención que requiere la criatura.
- La depresión es muy común entre las madres adolescentes.
- Muchas no pueden anticipar que ese bebé tan adorable puede hacer demandas constantes o ser muy irritante.
- Algunas se sienten abrumadas por la culpabilidad, la ansiedad y el miedo al futuro.

La inmadurez emocional de la adolescente, va hacer que esta busque lo fácil y sin mayores compromisos para afrontar este problema, porque es un evento inesperado, sorpresivo, y en la mayoría de los casos el hijo(a) es no deseado, como consecuencia se desarrollan reacciones de angustia. Una niña madre generalmente afronta sola su maternidad, trae sufrimiento tanto a la familia a la que pertenece, como a la criatura que ha nacido. En cuanto al niño tiene que acostumbrarse a no tener la imagen paterna a su lado, pueda que en algunos casos este niño sufra discriminación por parte de la propia madre, que al sentirse frenada en sus metas y al haber cambiado el rumbo de lo que tenía planeado vuelca su frustración en su hijo(a), que sin culpa alguna tiene que pagar errores que otros cometieron.

6. . SITUACIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN EL PERÚ

ADOLESCENCIA Y POBREZA

En el Perú existen 5749.220 adolescentes ⁽¹¹⁾, de los cuales, el 61.4% viven en área urbana y 38.6% en zona rural, el 18.3% de adolescentes es de 15 a 19 años, sólo trabajan, el 47%, sólo estudian, el 21%, estudian y trabajan el 13% ⁽¹²⁾.

El 66.9% de adolescentes de 10 - 14 años y el 56.6% de los que tienen entre 15 y 19 años, vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. ⁽¹³⁾

La pobreza constituye por si mismo un factor de riesgo, sin que ello sea determinante de comportamientos de riesgo. Se han dado ha conocer cifras preocupantes respecto

¹¹ INEI 2004

¹² ENAHO 2002

¹³ INEI - ENAHO Perú - Trimestre 2001.

al aumento de embarazos en adolescentes y las consecuencias que estas acarrearán a las madres adolescentes.

El embarazo en adolescentes se ha constituido en una de las causas actuales de generación de pobreza, tanto de las madres como de sus hijos(as), por lo tanto es importante que se desarrollen políticas públicas para abordar el problema, deben centrarse en la educación y formación de jóvenes adolescentes para prevenir el problema, involucrando a los padres quienes son responsables de sus hijos(as).

CUADRO N° 1

SITUACIÓN DE CONVIVENCIA DE LOS ADOLESCENTES CON JEFES DE HOGAR SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA

CARACTERÍSTICAS	ÁREA URBANA	ÁREA RURAL	TOTAL
Jefe del hogar Hombre	78.7	83.7	80.5
Jefe del hogar Mujer	21.3	16.3	19.5
TOTAL	100.0	100.0	100.0
Menores de 15 años que no viven con Ninguno de sus padres biológicos.	9%	7%	8%

Fuente: ENDES 2000

Es importante notar que el 9% de menores de 15 años del área urbana, no viven con ninguno de sus padres biológicos y está en condiciones de adoptados, ahijados u acogidos. Sólo el 70.5% de los adolescentes viven con ambos padres, 7.6% es huérfano de alguno de ellos y 8% no vive con ninguno de ellos, a pesar que el 7% los tiene vivos. Uno de los problemas que tiene la violación de los derechos humanos de adolescentes en nuestro país, es la explotación laboral de esta población, especialmente cuando viven en condición de adoptados, ahijados o acogidos, los cuales difícilmente reciben una remuneración por su trabajo, no asisten a la escuela y son maltratados. Estas personas crecen sin protección, orientación, afecto y sin la misma conciencia de derechos humanos.

INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

Los adolescentes expuestos a riesgos, viven en alta vulnerabilidad, nos muestran los resultados de abandono a través de las estadísticas:

- Existe prevalencia de embarazo en adolescentes 11.3%⁽¹⁴⁾
- La mayoría de los embarazos en adolescentes son no deseados.
- 23.7% de las atenciones pre-natales son de adolescentes. ⁽¹⁵⁾
- El 16% de los partos institucionales son de adolescentes ⁽¹⁶⁾
- El 10. 11% de los abortos incompletos atendidos en establecimiento del MINSA en el año 2003 corresponden a adolescentes ⁽¹⁷⁾
- De cada 6 muertes maternas una es adolescente⁽¹⁸⁾
- Incremento de la incidencia de ITS, VIH, SIDA (La mitad de los nuevos casos se presenta en jóvenes).

Los embarazos no deseados, los abortos, las muertes maternas entre otros no son un problema solamente del adolescente, sus biografías y vidas nos muestran los problemas del país. Hasta la fecha poco o nada se viene haciendo para erradicar esta problemática que atenta contra los derechos humanos de los adolescentes, en especial de aquellos que viven en la pobreza y pobreza extrema.

FECUNDIDAD EN LAS ADOLESCENTES

La tasa de fecundidad en adolescentes de acuerdo a ENDES 2000, es de 6.6 y ENDES continua 2004 es 5.7, se podría interpretar que esta en descenso, este descenso no es homogéneo según la tasa de fecundidad por niveles de ingreso, las adolescentes pobres presentan altas tasas en comparación con los menos pobres, ahora según área de residencia en el área urbana ya son madres 8.2 y en el medio rural 13.7.

¹⁴ ENDES Continuo Semestre 2004

¹⁵ Dirección General de Salud de las Personas. Primer Semestre 2004

¹⁶ Ob. Cit 12

¹⁷ Ob. Cit 12

¹⁸ Ministerio de Salud. "Situación de Salud de las Adolescentes en el Perú". Lima 2003

CUADRO N° 2

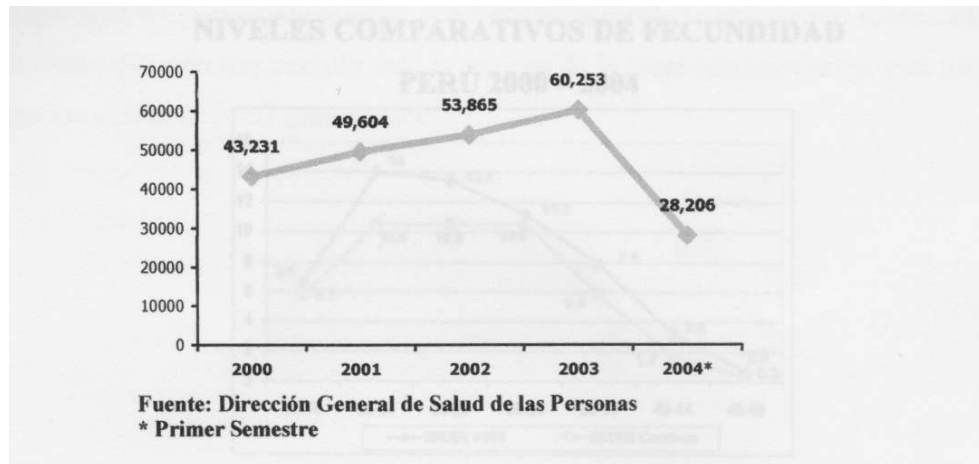
FECUNDIDAD DEL ADOLESCENTE SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA

ÁREA DE RESIDENCIA	YA SON MADRES	ESTÁN EMBARAZADAS CON EL PRIMER HIJO	TOTAL ALGUNA VEZ EMBARAZADAS
Urbana	8.2	0.7	9.0
Rural	13.7	4.1	17.8

FUENTE: ENDES Continua 2004

Por otro lado, según ENDES en zona urbana ya son madres el 8.2% de adolescentes y en zona rural 13.7% y el 17.8% de adolescentes que residen en el medio rural algunas vez estuvieron embarazadas en comparación a 9% del área urbana.

La fecundidad de adolescentes conlleva a riesgos e implicancias, no sólo desde la perspectiva de salud pública, sino también de tipo económico y social. La fecundidad de las adolescentes constituye así un aspecto de vital importancia y de preferente atención para los programas de salud reproductiva, de una parte lo específico de sus demandas biopsicosociales relacionadas con la identidad sexual y los cambios anatómo -fisiológicos vividos en esta etapa de la vida, y por otra parte, por que estas demandas se viven en un contexto de escasa información y educación sexual y poca accesibilidad a servicios de consejería en salud reproductiva.

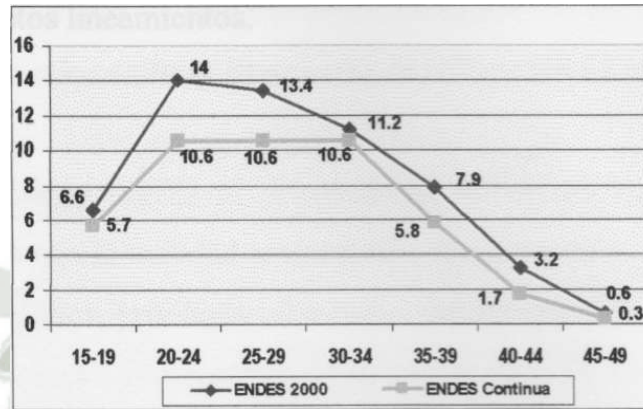
PARTOS EN ADOLESCENTES PERÚ 2000 – 2004

De otro lado los partos en adolescentes al 2003 es de 60,253⁽²⁰⁾

Estos datos presentados por el Ministerio de Salud y ENDES 2000, continua 2004, nos hace reflexionar y preguntarnos: ¿Qué estamos haciendo por los adolescentes? Entonces es necesario establecer y ejecutar políticas públicas que presten oportunidades al adolescente para su desarrollo y permita hacer realidad su potencial físico, intelectual, emocional, espiritual, social y artístico, lo que contribuirá al progreso de la sociedad, entonces podemos decir que el destino de las jóvenes depende de ellos mismos, de su entorno y del apoyo y las oportunidades que les proporcionen los adultos.

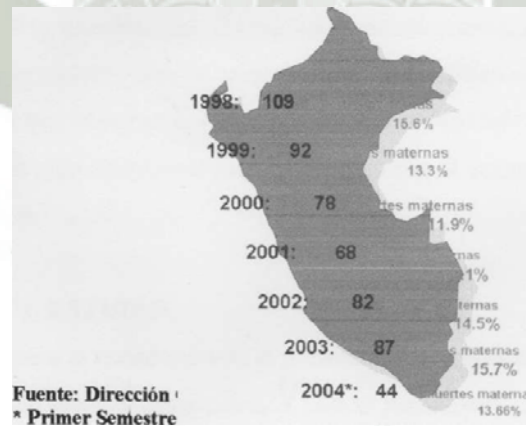
La educación y formación de los adolescentes en este tema, es una iniciativa importante de promover, hasta ahora experiencias que han tratado el problema desde un punto de vista sanitario se han basado en asistir y entregar información a los adolescentes sobre formas de anticoncepción, estos programas no han logrado revertir el problema, sino mantenerlo o aumentarlo, entre otros aspectos muchas veces terminan induciendo comportamientos que hacen proclives a tener una actividad sexual precoz. Al respecto es importante considerar que esta tarea no sólo recaiga en los profesores y personal de salud, sino que también involucre a los padres y apoderados los que deben tomar en forma más responsable la educación sexual de sus hijos(as).

GRAFICO N° 1
NIVELES COMPARATIVOS DE FECUNDIDAD PERÚ 2000 – 2004



Fuente: Encuesta Demográfica y Salud Familiar - ENDES 2000 Encuesta Demográfica y Salud Familiar - ENDES Continua /1 Semestre - Perú Si bien la tasa de fecundidad en adolescentes esta en descenso, este descenso no es homogéneo, considerando que esta tasa de fecundidad se presenta en dimensiones altas en niveles pobres y de extrema pobreza en comparación con los menos pobres.

MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE



De otro lado, en relación a las causas maternas en adolescentes el porcentaje ha aumentado, en el 2001 del total de muertes maternas, el 11.1% sucedió en adolescentes, para el 2003 del total de muertes maternas el 15% fueron

adolescentes, en el 2004 13.65% de muertes maternas fueron adolescentes ⁽¹⁹⁾, por otra parte los establecimientos de salud no están implementados por falta de presupuestos y el personal de salud que trabaja en estos, se encuentran sobrecargados de actividades y metas que cumplir más la recarga de la parte administrativa, casi nada se ha hecho para cumplir estos lineamientos.



¹⁹ DGSP OGE - "Situación de la Salud de los Adolescentes en el Perú" Lima - 2004.

CAPITULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO

Para la realización de la presente investigación, la orientación metodológica estará basada en el abordaje cualitativo, siendo una de las características básicas de estos estudios las investigaciones centradas en los sujetos. El proceso de indagación es inductivo y se interactúa con las participantes.

Los métodos cualitativos hacen énfasis en el estudio de procesos sociales. El supuesto ontológico fundamental es que la realidad se construye socialmente y que por lo tanto, no es independiente de los individuos, privilegiar el estudio "interpretativo" de la subjetividad de los individuos y de los productos que resultan de su interacción. Se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y la manera que estos significados se vinculan con sus conductas formando estilos de vida que se dan en la vida cotidiana.

También, parten de un supuesto básico, de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva.

M. KRAUSE (1995), nos dice que: La metodología cualitativa, se refiere a los procedimientos que posibilitan una construcción de conocimientos que ocurre sobre la base de conceptos. Son los conceptos, los que permiten la reducción de la complejidad y es mediante el establecimiento de relaciones entre estos conceptos que se genera la coherencia interna del producto científico.

3.1. MÉTODO DE ESTUDIO

El método usado para la realización de la presente investigación, es el método etnográfico, que es considerado básicamente descriptivo. Y esta se fundamenta en la subestructura de los objetos descritos, donde se tratan los aspectos subjetivos e intersubjetivos y el contexto de la respuesta humana.

La etnografía cuyo término semejante es la observación participante, es un método de investigación social, que permite la participación abierta o de una manera encubierta en la vida cotidiana de personas durante un periodo de tiempo (aproximadamente entre 6 semanas a varios años), viendo lo que pasa, escuchando lo que dicen, preguntando cosas.

Recogiendo todo tipo de datos me permitirán descubrir los sentimientos de las madres adolescentes. A través de la etnografía puede entenderse el sentido que da forma y contenido a los procesos sociales.

La investigación etnográfica se refiere a escenarios concretos, pero se enmarcan en conceptos teóricos más amplios que es conveniente identificar al problema de la identidad, la socialización del grupo, las relaciones de poder y liderazgo, marginalidad etc. A la hora de abordarla hay que admitir una cierta flexibilidad ya que los fenómenos pueden suscitar nuevas cuestiones teóricas.

En cuanto a la pregunta de investigación, hasta no entrar en el campo del escenario de la investigación, no sabremos que preguntas hacer, ni como hacerlas. Se admiten algunos interrogantes generales, pero en este tipo de enfoques la imagen preconcebida que tengamos de los sujetos a estudiar puede ser engañosa y entorpecer la investigación. Igualmente, el diseño de la investigación es emergente y en cascada ya que se va elaborando a medida que la investigación avanza.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio tendrá un enfoque cualitativo, utilizando el método etnográfico para el estudio de "Sentimientos de Maternidad de Madres Adolescentes".

3.3 ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizara en la Comunidad Local de Administración de Servicios de Salud (CLASS) de Ttio, que tiene 22 sectores entre áreas urbano y urbano marginales que atiende alrededor de 60 madres adolescentes como casos nuevos por año.

3.4 POBLACIÓN

Para este estudio de "Sentimientos de Maternidad de Madres Adolescentes", la población sujeto de estudio será de 17 madres adolescentes que se atienden en el CLASS de Ttio, cuyas edades fluctúan entre 14 y 19 años, por considerarlo adecuado al diseño cualitativo, a fin de profundizar los aspectos significativos de la investigación

Para la selección de casos se considerara la edad de los adolescentes, su condición de madres primíparas, con situación económica desfavorable y disponibilidad de acceder a las entrevistas.

Para la selección de la población objetivo, se trabajará con informantes claves del CLASES de Ttio como:

- Enfermeras.
- Obstétricas.
- Médicos.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La selección de las técnicas e instrumentos se realizó para captar la realidad de las madres adolescentes tal como la ven, viven y la construyen los propios individuos. Dentro de estas tenemos: Entrevistas individuales en profundidad.

- A. La entrevista individual en profundidad.-** Consiste en la conversación directa y abierta sin uso de cuestionario o agenda temática, se procederá a un interrogatorio partiendo de un conjunto de preguntas generales que servirán de guía para obtener la información requerida.
- B. La triangulación.-** Técnica, especialmente útil para estudios complejos que involucran muchos niveles de sentimiento y experiencias, que a través de la codificación por categorías de las entrevistas aplicadas y el entrenamiento de tres observadores, permiten llegar a conclusiones significativas. La cual con una guía adecuada permitirá describir abundantes detalles de las experiencias complejas y los razonamientos que impulsan sus razones, creencias, percepciones y actitudes.

3.6 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para la validación de los instrumentos empleados en la investigación se realizará la consulta previa a personas experimentadas en investigación cualitativa (juicio de expertos).

3.7 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para iniciar la recolección de datos se realizará los trámites administrativos con el Gerente del CLASS de Ttio, con el objetivo de conseguir la autorización respectiva, luego se procederá a coordinar con el personal profesional de salud del área materno infantil, para posterior aplicación de los diferentes instrumentos de recolección de información.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO

Se considerará los siguientes aspectos éticos:

- Información previa a los participantes del estudio.- Se dará a conocer los objetivos de la investigación, contando su aprobación.
- Se mantendrá el anonimato de las madres adolescentes, haciendo uso de claves que sólo la investigadora lo conocerá.
- Las respuestas a las preguntas no serán inducidas ni direccionadas, se mantendrá una línea muy objetiva de las respuestas.
- No se emitirá juicios de aprobación o desaprobación de lo que piensan las madres adolescentes.
- Los resultados obtenidos serán de conocimiento de todas las madres adolescentes, objeto de estudio.

3.9 PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Para analizar los datos que se obtendrán en las entrevistas que se realizará a las madres adolescentes, se emplearán los principios de la codificación abierta, donde se conceptualizará los datos, tomando en cuenta los aspectos fundamentales para realizar el análisis cualitativo.

- **Primero:** Los datos obtenidos para ser analizados e interpretados serán leídos línea por línea.

- **Segundo:** De acuerdo a las categorías construidas se identificarán los tópicos o conceptos que deben ser claros.

Como regla de oro se considerará apartar nuestra susceptibilidad, dejando de entender lo que nosotros queremos, si no realmente interpretar lo que las madres adolescentes quieren decir. Según se va obteniendo los datos paralelamente se irán construyendo las categorías analíticas, posteriormente con los datos obtenidos se comenzará a agrupar los códigos en categorías que permitirá el número de unidades de análisis trabajados.



BIBLIOGRAFÍA

1. AMPUERO SALA ADHARA "Sexualidad y Deseo, Hablan Adolescentes de Ayacucho, Puno, San Martín y Ucayali" Lima 1999.
2. AMESCUA M. "El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud" Laboratorio de Investigación Cualitativa INDEX de Enfermería - 2000.
3. BUSTAMANTE EDQUEN S. "investigación Cualitativa - el Método Etnográfico y la Investigación en Salud" Trujillo 2001.
4. CEPAL "Panorama Social de América Latina, 2001 - 2002", Santiago de Chile- Publication de las Naciones Unidas, Octubre 2002.
5. COMITE SOBRE EMBARAZO ADOLESCENTE DEL ESTADO DE NUEVA JERSEY- EUA 1998.
6. DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION "Unidad de Estadística Básica" Cusco 2002.
7. ENDES Continuo Semestre 2004.
8. FERRANDO D. "El Aborto Clandestino en el Perú, Nuevas Evidencias" Lima- Fundación Ford - Pathfinder Fund, Flora Tristan 2004.
9. FREYRE ROMAN ELEODORO "Entre padres y adolescentes" edición Formas Arequipa - Perú Setiembre, 2004.
10. GALINDO CACERES LUIS J. "Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación" I edición - México 1998.
11. INEI - ENAHO, Perú - Trimestre 2001.
12. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - 2003.
13. INIGUEZ S. XIMENA "Actitud de los Adolescentes hacia el Embarazo" Bolivia 1995.
14. KRAUSE, MARIQUE "La Investigación Cuantitativa un Campo de Posibilidades y Desafíos", en Tema de Educación N° 7 - Santiago de Chile 1995.
15. MADDALENO MATILDE Y COLABORADORES "La Salud del Adolescente y del Joven" OPS - 1995.
16. MEDELLIN GLADYS, TASTON ESTHER "Crecimiento y Desarrollo del ser Humano" Edit. Guadalupe 1995.

17. MINISTERIO DE SALUD - Dirección General de Salud de las Personas "Informe Primer Semestre 2004". Lima - Perú.
18. MINISTERIO DE SALUD - Dirección General de Salud de las Personas, Perú 2003.
19. MINISTERIO DE SALUD "Situación de la Salud de las/los Adolescentes en el Perú" - Lima 2004.
20. MORGAN DC, CHOPA G. FISHER M. "Psychosocial variables associated with teenager pregnaney. Adolescence" 1995.
21. PLAN NACIONAL DE ACCIÓN POR LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (PNAI) "Por un País de Oportunidades para los Adolescentes" 2002-2010.
22. PAREDES NUNEZ JULIO E. "Manual para la Investigación" IV Edición - Perú 2003.
23. POLIT D. / HUNGLES B. "Investigación Científica en Ciencias de la Salud" III Edition - Mexico 1990.
24. PORTELLA JULIO, CHAVEZ JULIO: "Salud Reproductiva del Adolescente, Retos del Milenio" Lima, Setiembre 2001.
25. PORTOCARRERO DORIS "Informe de la Situación de los niños y adolescentes en el Perú 2004.
26. SALKIND NEIL J. "Métodos de Investigación" III Edición - México 1997.
27. SALAZAR C. Víctor "Caminamos Juntos Hacia la Sexualidad Integral" Lima - Agosto 1996.
28. SALAZAR HILDEBRANDO "El Adolescente y sus Dificultades". Edition OMEGA 1994.
29. SIERRA BRAVO R. "Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica" III Edición, Editorial Paraninfo - España 1994.
30. SILBER J. TOMAS, MUNIST MABEL "Manual de la Medicina de la Adolescencia" OPS-Washington 1992.
31. TRISTAN FLORA "Seis Acciones Urgentes para Reducir la Mortalidad Materna y el Aborto Inseguro". Lima 2002.
32. TRISTAN FLORA "Violencia Familiar, Violencia Sexual, Aborto, Derechos Reproductivos". Lima 2003.
33. TORRES BARDALES C. "Metodología de la Investigación Científica" VIII edición - Perú 2002.

34. ULIBARRI E. H. MARTIN "Situación de la Adolescente y la Maternidad" Argentina 2001.
35. UNICEF "La exclusión social en el Perú" Lima - Junio 2001.
36. UNICEF "El Estado de la Niñez en el Perú" Perú - 2004.
37. VALERIANO ORTIZ LUIS F. "Metodología para el Diseño y Elaboración de Proyectos de Investigación Social" Editorial San Marcos - Perú edición 1999.
38. WHALEY WONG "Enfermería Pediátrica" IV Edición - España 1999.
39. ZAVALA ABEL A. "Metodología de Investigación Científica" II Edición - Perú 1999.

INFOGRAFIA

- www.entidades.org/fundamentos/alfredkinsey.htm_1 4k
- www.tusalud.com.pe
- www.monografias.com.
- www.cimacnoticias.com.
- www.accionporlosninos.org.pe/foro23.htm
- www.manuela.org.pe/hallazgos2.asp
- www.encolombia.com/obstetricia20299madresl Ohtm
- www.losandes.com.or/2004/0817/sociedad/nota204561_lhtml
- www.saludgob.pr/divisions/detail.asp?inews=41781type=26

INSTRUMENTO

**ENTREVISTA A PROFUNDIDAD MADRES ADOLESCENTES CON NIÑOS
MENORES DE 3 AÑOS.**

FINALIDAD: Obtener información sobre los sentimientos de maternidad de las madres adolescentes en estudio.

I.- PRESENTACION:

Buenas tardes, yo estoy realizando un trabajo de investigación para lo cual necesito de su colaboración; quiero conversar contigo, quiero que me cuentes respecto a los sentimientos hacia tu hijo(a), cuáles son tus dificultades, tus vivencias, en relación a ser mamá. Por favor te pido que seas sincera.

Los resultados de este trabajo serán entregados a diferentes instituciones que trabajen por el bienestar de la madre y el niño; para que continúen trabajando y mejorando el apoyo para los niños de mamás tan jóvenes como tú.

II. DATOS GENERALES:

Nombre.....
 Edad.....
 Estado Civil
 Grado de Instrucción
 Ocupación.....

III. SITUACION ECONOMICA.

¿Quién solventa tus gastos y la de tu hijo(a)?

- () Dependencia de los padres
- () Dependencia de la pareja
- () Independiente

IV.- DATOS DEL NIÑO.

Edad del niño () 1.- Meses
 2.- Años
 3.- Días

Sexo del Niño () 1.- Masculino
 2.- Femenino

Lactancia Materna () 1.- Lactancia Materna Exclusiva

2.- Lactancia Materna Mixta

3.- Lactancia Materna Continuada

4.- Ninguna

V.- SENTIMIENTOS MATERNOS.

1.- ¿Qué sentiste cuando te enteraste que esperabas un hijo(a)? (Obtener información en relación a) Felicidad – Miedo – Cólera – Vergüenza Resentimiento – Angustia – Nada especial).

.....
.....
.....
.....

2.- ¿Cómo reaccionó tu pareja al enterarse que esperabas un hijo(a)? ¿Cómo reaccionó tu familia al enterarse que esperabas un hijo(a)?.

.....
.....
.....
.....

3.- ¿Qué sentimientos tuviste hacia tu hijo(a) durante tu embarazo?

¿En algún momento se te cruzo por la cabeza no tener al bebe?

¿Por qué ¿Qué pensabas hacer? ¿Por qué cambiaste de opinión?

.....
.....
.....
.....

4.- Cuándo tuviste por primera vez a tu bebe ¿Qué sentiste? (obtener información respecto a: Amor – Miedo – Confusión – Nada)

.....
.....
.....
.....

5.- ¿Actualmente qué significado tiene para ti; ser madre? (obtener información en relación a: Amor – afecto – cariño – alegría – orgullo – responsabilidad – trabajo – frustraciones – tristeza – abandono)

.....

.....

.....

.....

6.- ¿Afecta tu hijo de algún modo tus perspectivas de vida? ¿En qué medida? ¿Cambio tu entorno social? (Amigos – estudio – trabajo) ¿Cómo?

.....

.....

.....

.....

7.- ¿Qué significa para ti tu hijo(a)? ¿Crees que es lo mejor que te paso en la vida? ¿Por qué? ¿Cómo muestras afecto a tu hijo(a)? (Información referida a: Besos – Caricias – Abrazos – Juegos)

.....

.....

.....

.....

8.- ¿Te comunicas con tu hijo(a)? ¿Cómo?

.....

.....

.....

.....

9.- ¿Crees que tu hijo(a) es culpable de tus problemas?

.....

.....

.....

.....

10.-¿Qué relación mantienes con el padre de tu hijo(a)? (Información referida: Casada – Conviviente – Separada) ¿Tu pareja asume sus responsabilidades como padre? ¿Cómo? (Información referida a: Apoyo económico, apoyo moral)

.....
.....
.....
.....

11.- Como es la relación con tu familia desde el momento que supieron que esperabas un hijo? ¿Tus padres te apoyaron en la crianza de tu hijo(a)? (Información referida a: Apoyo con la alimentación – con vestido – cuidan de él o de ella mientras estas fuera de cas) ¿Vives con tus padres?

.....
.....
.....
.....

12.- ¿Cómo fue tu mamá contigo cuando eras niña? ¿Qué recuerdos tienes de ella? ¿Tu familia le brinda cariño a tu hijo(a)? ¿Cómo es tu relación con la familia de tu pareja? ¿Por qué? ¿Cómo es la relación de tu hijo(a) con la familia de tu pareja?

.....
.....
.....
.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra./Srta., de años de edad y con DNI N° , manifiesta que ha sido informada sobre los beneficios y aportes que supone la participación en la entrevista, para cubrir los objetivos del trabajo de Investigación titulado: Sentimiento de madres adolescentes; desarrollado, con la finalidad de tener un mejor entendimiento a cerca del tema y a la vez se puedan plantear lineamientos de intervención.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO, para participar de manera voluntaria en el presente estudio.

Cusco.....de.....del.....

Firma

PERFIL DE PROYECTO

TÍTULO: Casa materna de apoyo a madres adolescentes

1. LOCALIZACIÓN:

País : Perú
Departamento : Cusco
Provincia : Cusco
Distrito : Cusco

El departamento del Cusco ocupa el Sur Este del territorio peruano con 76, 224,89 Km² de superficie, sus zonas centrales y australes corresponde a las regiones andinas, mientras que en la Septentrional despliegan las selvas amazónicas, se encuentra dividido políticamente en 13 provincias.

La ciudad del Cusco se encuentra ubicada a 3,350 msnm, la estructura urbana se adecua principalmente a la topografía de la parte alta y llana del valle y las urbanizaciones de los sectores de expansión urbana abarcan tanto las laderas de los cerros aledaños como las planicies que siguen la orientación natural del valle, está dividido en ocho distritos.

La actividad económica comprende la agricultura en especial el maíz y los tubérculos nativos. La industria local se relaciona con las actividades extractivas y con productos alimenticios y bebidas así como agua, gaseosa, café, chocolate entre otros, no obstante la actividad económica relevante de sus habitantes y la recepción del turismo.

2. JUSTIFICACIÓN

Dentro del marco de los Derechos Humanos establecido y aceptado por la comunidad Mundial, los derechos de los adolescentes son particularmente pertinentes.

En nuestro país, en el 2012 el 19.3% de la población total son adolescente 5`817,644, el 65% de estos adolescentes viven en la zona urbana y el 35% en la zona rural, INEI 2012.

A nivel nacional según datos del MINSA 2011 el 12.6% de mujeres entre 15 y 19 años ya son madres y la mortalidad materna en este grupo es de 8.4%.

Según la encuesta demográfica y de salud familiar 2010 del departamento de Cusco; del total de adolescentes de 15 a 19 años el 10.8% ya estuvo alguna vez embarazada y de estos 7.8% ya eran madres, lo que muestra un incremento en relación ENDES 2000, en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad desde un 2.5% entre los 15 años hasta el 35.4% en los de 19 años; en relación al Quintil de riqueza el 11.4% de estas madres se encuentra en el Quintil inferior y el 12.7% en el segundo Quintil. En este grupo poblacional la cadena de transmisión de la pobreza es más fuerte porque se relaciona con efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño de ahí, que si la joven madre proviene de una familia pobre es casi seguro que tendrá hijos pobres que seguirán siéndolo en la adultez perpetuando así la pobreza de manera intergeneracional.

En el trabajo de investigación realizado por Yucra Huaman, Marison Cusco-2011, plantea en las conclusiones que los hijos(as) de madres adolescente en un mayor número nacen prematuros, presentan mayor frecuencia de bajo peso al nacer y como destino más frecuente la hospitalización, mayor mortalidad todo esto en comparación con madres no adolescentes demostrando resultados adversos en relación al recién nacido de madres adolescentes.

Lo expuesto, muestra que existe un problema particular y especial con las madres adolescentes y sus niños la misma que es condicionada por factores económicos, sociales, educativos y culturales que generan que la madre adolescente tenga sentimiento de rechazo a su hijo(a) durante el embarazo y el desarrollo de vida del niño; la maternidad en la adolescencia de mujeres que no reciben apoyo de sus parejas, ni familiares y de recursos económicos bajos es una situación que debe tener una mirada urgente de parte de nuestras autoridades y comunidad porque esta madre joven no está preparada para asumir tan sublime y trascendental responsabilidad, La maternidad en la adolescencia con los riesgos que conllevan debido a su magnitud plantea un grave problema de salud pública. Por ello es sumamente urgente diseñar y ofertar servicios integrales para la madre adolescente y su hijo en estado de abandono. Con el poco desarrollo psicológico, las escasas habilidades sociales aprendidas y los pocos recursos económicos serán responsables de sí misma y de su hijo(a).

3. FIN.

Contribuir a mejorar el estado de salud mental, física y espiritual, así como la situación socioeconómica de la madre adolescente y su hijo(a) en estado de abandono.

4. OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar una casa materna de apoyo a madres adolescentes y su hijo(a) en estado de abandono, para brindar atención a sus necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda y educación), complementando la misma con el desarrollo de capacidades laborales y de ejercicio de su maternidad que le permita asumir su rol materno y además continuar con su proyecto de vida.

RESULTADO.

- **“CASA MATERNA DE APOYO A MADRES ADOLESCENTES”**, brindando atención integral a madres adolescentes y su hijo(a) en estado de abandono, con inclusión social y desarrollo de capacidades laborales y ejercicio de su maternidad.

Actividad:

- Adquisición y/o alquiler de una casa con capacidad de: 25 habitaciones para dormitorios, ambientes para cocina(1),comedor(1),sala de descanso(1),ambientes para capacitar a madres (2),guardería(1),oficinas administrativas (2),biblioteca(1),enfermería y/o psicología (1),área verde, y debe contar con todo los servicios necesarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1er. Objetivo

Brindar a la madre adolescente y su hijo(a) en estado de abandono alimentación, vestido y vivienda que garantice su pleno desarrollo físico y mental.

RESULTADO.

Madre adolescente y su hijo(a) en estado de abandono, gozando de buen estado de salud.

Actividades:

- Implementación de cada uno de los ambientes de la casa materna con muebles, enseres, equipos y otros.
- Contrata de personal necesario responsable de implementar y atender las necesidades básicas de la madre adolescente y su hijo(a).

2do. Objetivo

Brindar apoyo psicológico a las madres adolescentes y su hijo(a) en estado de abandono, que le de soporte y bienestar psicológico y que permita un desarrollo saludable del binomio Madre – Hijo(a).

RESULTADO.

Madres adolescentes y su hijo(a) en estado de abandonos fortalecidos, superando las carencias afectivas y sentimientos de temor, culpa y otros que se presenta en este grupo.

Actividades:

- Contrata de un profesional psicólogo.
- Atención psicológica permanente a la madre y su hijo(a).

3er.Objetivo

Garantizar la culminación de sus estudios primarios y/o secundarios que permita que la madre adolescente y su hijo(a), estén en condiciones de insertarse dentro de la sociedad.

RESULTADO.

Madres adolescentes con estudios secundarios completos, que le permita desarrollar capacidades laborales y/o continuar con una carrera técnica.

Actividades:

- Firma de convenios de cooperación, con la dirección de educación y centros educativos cercanos donde las madres puedan continuar con sus estudios..

- Implementación de un aula con equipos, muebles y materiales, que permita un reforzamiento en el aprendizaje de las madres adolescentes.
- Contrata de un personal profesional que apoye el proceso de reforzamiento del aprendizaje de las madres.

4to. Objetivo

Desarrollar capacidades laborales de las madres adolescentes en estado de abandono, que permita continuar con su proyecto de vida.

RESULTADO.

Madres adolescentes capacitadas se desempeñan en actividades laborales y/o carreras técnicas.

Actividades:

- Instalación e implementación de dos talleres artesanales.
- Contrata de personal profesional y/o técnico, responsable de la capacitación de las madres adolescentes en las diferentes tareas artesanales.
- Coordinación con la administración de la casa materna para la adquisición de materiales e insumos necesarios para el trabajo en los talleres.
- Alianzas estratégicas con municipios distritales, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales que apoyen en la adquisición de los productos elaborados por estas madres.

5to. objetivo

Capacitar a la madre adolescente a asumir su rol de madre

RESULTADO.

Madres adolescentes brindan adecuada atención a su hijo(a).

Actividades:

- Implementación con muebles, ropa de cama para niños, materiales necesarios y diferentes juegos educativos de estimulación temprana, de un ambiente para guardería de niños de las madres de la casa materna.

- Contrata de una profesional responsable de la guardería de niños quien también capacitara a las madres en la crianza de sus hijos(a)

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

- Duración.

Primera fase:

Inicio : 2013

Culminación : 2023

POBLACIÓN OBJETIVO

Madres adolescentes y su hijo en estado de abandono que no tienen pareja y se encuentran entre los 11 a 19 años, que serán evaluadas en coordinación con el personal profesional responsable del Centro de Salud donde se atienden.

ACTORES INVOLUCRADOS

Gobierno regional de Cusco

Municipalidad Provincial de Cusco

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

Ministerio de Desarrollo e inclusión Social

Ministerio de la Producción

Ministerio de Salud

Ministerio de Educación

Cooperación técnica Internacional

Población Civil.