



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROPUESTA DE TALLER SOBRE HABILIDADES DE CRIANZA.
DIRIGIDO A MUJERES QUE SE CONVIRTIERON EN MADRES DURANTE
LA ADOLESCENCIA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**CÁRDENAS CAMACHO STEFANÍA
ROLDAN ESCAMILLA NORMA ALEJANDRA**



DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SALVADOR CHAVARRIA LUNA.

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A nuestra incomparable Universidad Nacional Autónoma de México, por darnos la base del conocimiento y los recursos para superarnos académicamente.

A nuestra querida Facultad, que nos ha forjado el amor y la pasión por la psicología.

Al DIF, por abrirnos las puertas y por brindarnos la confianza de realizar este proyecto con éxito.

A Andy y Yadi, gracias por creer y confiar en nosotras de principio a fin, por motivarnos a ser mejores psicólogas.

A Salvador, nuestro director de Tesis, por creer en nuestro trabajo e impulsarnos a dar lo mejor siempre, por su paciencia, dedicación y motivación.

En especial a las mujeres que hicieron posible este trabajo, gracias por tomarse el tiempo para participar en este proyecto, por buscar mejorar sus habilidades de crianza, pero sobre todo por compartirnos parte importante de sus vidas.

A Jesús e Irma, mis padres. Con honradez, amor y admiración. Por darme la vida, por cada consejo y ejemplo de perseverancia. Porque siempre me han impulsado hacia el conocimiento y la superación. Por ser mi guía, mi fuerza y mi mayor motivación para cumplir con éxito cada reto. Por su apoyo y amor incondicional, gracias.

A Einar y Alan, hermanos y compañeros de vida. Porque estoy segura que ustedes siempre estarán a mi lado. Gracias infinitas por su apoyo, cariño y compañía.

A Ale, gran amiga y colega, gracias por compartir con tanta intensidad y compromiso este reto que nos llena como profesionistas, por tu amistad sincera y por ser un apoyo incondicional.

A Sandy, amiga de la vida, porque a pesar de la distancia, el cariño no termina nunca. Porque juntas los éxitos saben mejor.

A Daniel, por ser un gran apoyo y parte importante durante este proceso. Por tu paciencia y porque de alguna u otra forma siempre me motivas a creer en mí y a ser mejor cada día.

A Samanta, Nayelly, Sofía, Nadia y Laura, grandes amigas. Gracias por formar parte importante en mi vida.

A mi familia; tíos, primos y sobrinos. Porque me siento orgullosa de pertenecer a una familia tan unida y confortadora como la nuestra.

A todos y cada uno de ustedes, los amo...

Stefanía

A mis padres: porque cada parte de lo que soy ahora lo formaron ustedes, gracias por inculcarme el hábito del estudio, de la superación y los buenos valores.

A mi papá por ser un ejemplo en el ámbito académico, por brindarme el apoyo para crecer, por ser un sustento, por la atención y los cuidados, por enseñarme a ser perseverante.

A mi mamá, la gran amiga, confidente y consentidora mujer que me ha enseñado la parte sensible de la vida, por estar en los desvelos, en los fracasos, en las alegrías.

A mi mayor confidente, Fer, es interminable y eterno el cariño que siento por ti, gracias por estar en todo momento acompañándome, apoyándome y confiando plenamente en mí, por enseñarme a confiar en lo que soy capaz, espero ser siempre un excelente ejemplo de hermana mayor.

A mi mejor compañera de universidad Fany, a ti solo te puedo decir... “lo logramos”, solo tú y yo sabemos cuánto nos costó llegar a cumplir nuestra meta y es un honor compartir este éxito contigo, gracias por creer en nuestro proyecto, por las risas, tristezas, enojos, frustraciones, comidas, pláticas, etcétera, todo lo vivido durante nuestra tesis.

A mi fiel amiga Pau, por brindarme un pedacito de vida juntas, gracias por enseñarme a ver el lado bueno de todo y principalmente por estar. A mi familia (Mari, Iván), amigos, por apoyarme y brindarme su cariño siempre.

Con amor para cada uno de ustedes que ocupan un lugar especial en mi vida siempre.

Alejandra

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	1
---------------------	---

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

1.1 Definición y cambios (físicos y psicológicos)	4
1.1.1 Fases de la adolescencia	5
1.2 Proceso de desarrollo del adolescente	6
1.2.1 Desarrollo biológico	6
1.2.2 Desarrollo cognitivo del adolescente	8
1.2.3 Desarrollo psicosexual del adolescente	10
1.2.4 Desarrollo psicosocial del adolescente	16
1.2.4.1 Formación de identidad en el adolescente	18

CAPÍTULO 2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

2.1. Causas	26
2.2. Consecuencias	32

CAPÍTULO 3. MADRE ADOLESCENTE EN EL ROL DE LA CRIANZA

3.1. Crianza	43
3.2. Competencias de la crianza	45

3.2.1. Afecto	48
3.2.2. Comunicación	50
3.2.3. Apoyo en procesos de desarrollo cognitiva y madurez	52
3.2.4. Control/límites	56
3.3. Factores que ponen en riesgo la crianza adecuada	59

CAPÍTULO 4. ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD

4.1. Factores de riesgo durante la adolescencia	61
4.2. Factores de protección en la adolescencia	62
4.2.1 Resiliencia como factor de protección en la adolescencia	68
4.3. Atención primaria como medida de prevención	70
4.4. Prevención del embarazo en la adolescencia a nivel gobierno	74
4.5. La propuesta de un taller como diseño de intervención	76

CAPÍTULO 5. MÉTODO

Planteamiento del problema y Justificación	77
Objetivo general	79
Objetivos específicos	79
Metodología	80
Etapa 1: Diseño general del proyecto	
Etapa 2: Identificación del problema	

Etapa 3: Análisis del problema	
Etapa 4: Formulación de la hipótesis	
Etapa 5: Recolección de la información	
Etapa 6: Categorización de la información	
Etapa 7: Estructuración de las categorías	
Etapa 8: Diseño del plan de acción	
Participantes	87
Escenario	87
Material	88
RESULTADOS	
Análisis de las categorías	89
Propuesta del Taller: “Aprendiendo habilidades para la crianza de mis hijos”	105
DISCUSIÓN	114
CONCLUSIONES	119
REFERENCIAS	125
ANEXOS	136

RESUMEN

El embarazo adolescente se considera un factor de riesgo para el futuro de los y las jóvenes, debido a que aún se encuentran en desarrollo físico, cognitivo, emocional y social, aspecto que complica el crecimiento adecuado en los mismos. Se ha observado que esta problemática no desciende completamente, quizá en algunos años disminuye pero la incidencia se mantiene proporcionalmente alta, según datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Gómez, 2016).

Debido a la gran dificultad que implica criar a un hijo durante esta etapa de la vida, se considera importante brindar herramientas a las adolescentes con la finalidad de adquirir un adecuado estilo de crianza.

Este Taller cuenta con la peculiaridad de haber sido creado con base en los testimonios y las necesidades de crianza de siete mujeres que radican en Xochimilco, las cuales se convirtieron en madres durante la adolescencia. La investigación se llevó a cabo de forma cualitativa con una metodología de Investigación-acción. Las técnicas utilizadas para el estudio fueron; entrevista semiestructurada y análisis del discurso. El análisis de las entrevistas se realizó por medio del programa ATLAS.ti 7. Por esta razón, se crea un Taller reflexivo y preventivo dirigido a dicha población, denominado “Aprendiendo habilidades para la crianza de mis hijos”, conformado por seis sesiones, el cual busca la reflexión, el conocimiento y la práctica de conductas que beneficien y fortalezcan sus habilidades parentales; afecto, control, apoyo y comunicación.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de vida determinante en el que los seres humanos internalizan nuevos aprendizajes a través de la interacción con medios externos. Dicho período de desarrollo, involucra cambios que se ven reflejados, en conductas ambivalentes con su entorno. Estos son; físicos, mentales, sociales y emocionales. Por esta razón, los jóvenes son más vulnerables a cualquier influencia, ya sea del medio ambiente o de las personas con las que interactúan (Rodrigo, Maíquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín, 2004).

Mediante la imaginación y el entretenimiento, el adolescente va adquiriendo paulatinamente papeles de adulto. A través del juego con sus ideas, desafiando a los adultos, mantiene conductas de riesgo, incluyendo su sexualidad. Ante la imagen de las personas adultas se manifiesta cauteloso, protege su intimidad y sin embargo constantemente busca mostrarse ante los demás (Weissmann, 2005).

Es por eso que:

El incremento de la actividad sexual de los adolescentes ha dado paso al de la maternidad y la paternidad adolescentes. Tal situación, dada la inmadurez psicosocial de estos jóvenes, plantea algunas dificultades de tipo personal, social, económico, educativo y laboral, tanto para los padres como para sus hijos, la familia y la sociedad en general (Jordán, 2015).

“En números absolutos, los nacimientos de madres adolescentes han representado alrededor del 16% del total nacional”, de acuerdo a una investigación realizada por Welti (2000), con base en la Encuesta Nacional Demográfica en México.

Las consecuencias de esta situación en los jóvenes, suelen ser negativas para su salud y la de sus hijos, por lo que se considera un problema de tipo social. Así mismo, ocasiona dificultades para continuar dentro del sistema educativo, ya que la deserción y el pobre desempeño escolar, se vuelven comunes en las adolescentes. En el ámbito económico, ocasiona que las menores estén propensas a adquirir empleos en los cuales la remuneración y las condiciones de desarrollo son de mala calidad, obteniendo pocas posibilidades de ingresos a futuro (Estrategia Nacional Para la Prevención del Embarazo en Adolescentes-ENAPEA, 2015).

El objetivo de esta tesis consiste en elaborar la propuesta de un Taller preventivo y reflexivo, dirigido a mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia. Se diseñó con base en las necesidades detectadas durante las entrevistas realizadas a un grupo de mujeres que acuden al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en la Delegación Xochimilco, cuya finalidad es promover la reflexión acerca de la crianza que han desarrollado con sus hijos, brindándoles herramientas que les permitan mejorar su rol materno.

Se llevó a cabo un proceso de dos etapas, recolección y análisis de datos, en las que se incluye la realización de una entrevista semiestructurada, con la finalidad de indagar las necesidades en la crianza que presentaron estas madres en la adolescencia, se realizó un análisis de los resultados obtenidos y finalmente, con base en la información recabada y analizada se diseñó la propuesta del Taller dirigido a esta población.

En el capítulo uno se habla sobre la adolescencia y los cambios que esta etapa produce en el ámbito biológico, social y cognitivo, todo esto con base en las miradas de distintos autores.

En el capítulo dos se aborda el embarazo precoz como factor de riesgo durante este período de vida. Se hace hincapié en los factores causales que influyen para que las y los jóvenes se embaracen, esto puede afectar sus planes de vida, teniendo consecuencias negativas en su desarrollo.

En el capítulo tres se expone la definición de crianza y la importancia que esta tiene en el desarrollo del ser humano, a través de los diversos estilos y funciones que se encontraron en la literatura, además de incluir las dificultades que se pueden presentar durante la maternidad.

El contenido del cuarto capítulo explica los factores de riesgo a los que se expone el y la joven; alcohol, drogas, embarazo en la adolescencia, etcétera; así como los factores de protección con los que puede contar el adolescente para evitar conductas de riesgo.

Al tratarse de una propuesta enfocada a la intervención, se consideró importante explicar la relación que existe entre la psicología y el área de la salud, además de los distintos niveles de prevención que existen y la forma en que un taller abarca los tres niveles de prevención, primaria, secundaria y terciaria.

El planteamiento del problema y la metodología utilizada para la elaboración de este trabajo se describen en el capítulo cinco, el cual incluye la explicación y el procedimiento de cada etapa.

El final de esta tesis se enfoca en el análisis cualitativo de los resultados que se obtuvieron en las entrevistas y de la propuesta del taller, así como de la conclusión y discusión del presente trabajo.

CAPÍTULO I.

ADOLESCENCIA.

1.1 Definición y Cambios en la Adolescencia

A continuación se da la definición de adolescencia con base en las posturas de algunos autores:

“La adolescencia es la época de transición desde la niñez a la vida adulta” (Amaya, Barrera y Ucros, 2005, p.217). Esta incluye factores genéticos, biológicos, ambientales y sociales sin restar importancia a alguno debido a que todas estas áreas en el desarrollo del ser humano se complementan (Santrock, 2006). Feldman agrega que se presentan cambios cognoscitivos y ya no se perciben como niños pero tampoco como adultos (2007). Por su parte, Papalia (2010) menciona, que el desarrollo psicológico va a perdurar aun cuando haya concluido la etapa de la adolescencia.

Fountain (citado en Horrocks, 1984) realiza algunas distinciones entre adolescentes y adultos, entre ellas podemos encontrar que los adolescentes son emocionalmente más ambivalentes referente a sus sentimientos, buscan recompensas continuamente, el análisis en cuanto a situaciones del entorno está en menor proporción que la de un adulto, carecen de la capacidad para juzgar sus acciones y no muestran interés en asuntos que no los involucran.

1.1.1 Fases de la adolescencia

Diversos autores deciden dividir a la adolescencia en fases, como lo hace la OMS y García (2009), las cuales se describen a continuación.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) (citado en Amaya, Barrera y Ucros, 2005) estableció que la adolescencia se divide en temprana (de los 10 a los 14 años) y tardía (de los 15 a 19)” (p.217).

Otros autores, como García (2009) divide a la adolescencia en tres fases:

Adolescencia inicial-temprana (11 a 14 años): consiste en un acelerado cambio tanto físico como intelectual. En esta etapa comienza el desarrollo de las primeras características sexuales en un individuo, es decir los órganos sexuales comienzan a realizar las funciones de ovulación y eyaculación, por mencionar algunas características. Aparece el interés por sus pares, sin dejar a un lado la interacción con sus padres. Finalmente, es importante destacar que en esta etapa el adolescente es más proclive a caer en situaciones de riesgo.

Adolescencia media (14-15 a los 17-18 años): la apariencia se asemeja a la de un adulto, la interacción social, la independencia, las relaciones interpersonales y la sexualidad juegan un papel muy importante en esta etapa, debido a que la personalidad se va consolidando.

Adolescencia tardía (17-18 años a 20-21 años), esta etapa es fundamental para la identidad personal, valores personales y objetivos de vida, son más comprometidos en aspectos sociales y sexuales, se solidifica la autoestima.

Horrocks (1984), indica que en el período de adolescencia temprana los aspectos del crecimiento fisiológico son predominantes y en la etapa tardía se caracteriza por aspectos sociales y de conceptos de sí mismo.

1.2 Proceso de desarrollo en el adolescente (Biológico, Psicosexual, Cognitivo y Psicosocial).

A continuación se explicará el desarrollo biológico, cognitivo y social del adolescente:

1.2.1 Desarrollo biológico del adolescente.

Los “cambios puberales” manifestados tanto en hombres como en mujeres son el comienzo de la adolescencia temprana, lo que se conoce como “*pubertad*” (Monroy, 2006). Se caracteriza por “transformaciones biológicas y morfológicas que ocurren en un período muy característico de la vida de cualquier persona (sobre todo entre los 10 y 16 años)” (Martí, Onrubia, Fierro, Garcia y Gispert, 1997). Esta serie de cambios, comúnmente ocurre primero en las mujeres (Gaete, 2015).

Cabe mencionar que, “la pubertad es un período de cambios exclusivamente biológicos, mientras que la adolescencia es un proceso más amplio de adaptación social” (Hidalgo, Ceñal y Guemes, 2014, p.3579).

Este período se conforma por cinco características; “rápido aumento de talla, maduración de los caracteres sexuales primarios, aparición de los caracteres sexuales secundarios, desequilibrio endocrino transitorio y repercusión de todos estos cambios en el área emocional” (Monroy, 2002, p.6).

Es importante mencionar que: “los caracteres sexuales primarios son aquellos que resultan necesarios para la reproducción, es decir, los órganos sexuales. Los caracteres sexuales primarios femeninos son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Los masculinos son los testículos, el pene, el escroto y las vesículas seminales” (Fernández, Clavijo, Ribes, 2006, p.292).

Por otra parte, los caracteres sexuales secundarios (cambios corporales externos e internos), aparecen debido a modificaciones a nivel endocrino.

En la mujer se elevan estrógenos y en el hombre los andrógenos. Este proceso conduce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios: aparición y distribución del vello (de forma más característica con aparición de barba en el varón), redistribución del tejido adiposo (desarrollo mamario, grasa en caderas), incremento de masa muscular (manifiesto en varón), el crecimiento y posterior cierre óseo, cambio de voz y, posiblemente la aparición del acné (Pedreira y Álvarez, 2000 p. 76).

Así mismo, se presentan cambios involucrados en la reproducción:

En las chicas, gracias a diferentes hormonas sexuales entre las que destacan los estrógenos, los ovarios son capaces de producir y desprender óvulos maduros que si no son fecundados originan la menstruación.

En los chicos, los testículos, gracias a la acción de variadas hormonas masculinas entre la que destaca la testosterona, consigue producir espermatozoides que junto con otros elementos producidos por los mismos testículos y otros órganos (como la próstata) componen al semen (Martí et al., 1997).

Esto significa que fisiológicamente, ya cuentan con los recursos necesarios para procrear (Rice, 2000).

1.2.2 Desarrollo Cognitivo del Adolescente

Esta serie de cambios ocurridos en dicho periodo, están acompañados de transformaciones a nivel cognitivo en los adolescentes.

Piaget (1992) menciona que:

Hacia los once o doce años, se produce una transformación fundamental en el pensamiento del niño, las operaciones construidas durante la segunda infancia dan paso del pensamiento concreto al formal o hipotético-deductivo.

El cual se entiende como un nivel de procesamiento más complejo, en donde el adolescente tiene la capacidad de razonar algún fenómeno y crear explicaciones que se genera sobre ese acontecimiento y no solo al momento de presenciarlo.

Las operaciones formales facilitan, efectivamente, al pensamiento un poder totalmente nuevo, que equivale a desligarlo y liberarlo de lo real para permitirle trazar a su antojo reflexiones y teorías (Piaget, 1992).

Al tener ya la capacidad de crear sus propias teorías y asimilar el mundo en el que interactúa aparece un fenómeno al que Piaget llama “egocentrismo intelectual”, refiriéndose al actuar del adolescente a beneficio propio. El adolescente se percibe como igual a sus mayores aunque al mismo tiempo siente que hay diferencias con ellos y con el mismo, por este motivo busca la superación así como impresionar a los adultos. Siente que tiene la capacidad de cambiar el mundo por medio de diferentes acciones que él considera diferentes, estas generan un estado de megalomanía y egocentrismo en el joven. Todo este proceso de poder superior quedará en el pasado cuando el adolescente encuentre el equilibrio entre su mundo y el mundo real (Piaget, 1992).

La percepción de las emociones comienza a ser más compleja, ya que “la vida afectiva de la adolescencia se afirma mediante la doble conquista de la personalidad y de su inserción en la sociedad adulta”. Es así como los jóvenes le dan un nuevo significado al constructo de amor, en donde idealizan a una persona que sea como él/ella, hasta que se encuentran con la realidad. (Piaget, 1992). “La auténtica adaptación a la sociedad se llevará a cabo, finalmente de forma automática cuando el adolescente cambie su papel de reformador por el de realizador” (Piaget, 1992, p.93).

1.2.3 Desarrollo Psicosexual del Adolescente.

Desde un enfoque psicoanalítico, los cambios ocurridos a nivel fisiológico en el adolescente generan un sentimiento de pérdida, en el que la aparición de las nuevas características sexuales (menstruación y semen) les otorgan una definición sexual, además de roles que asigna la sociedad en la que emergen en cuestión de reproducción (Aberastury y Knobel, 1994).

Los cambios psicológicos que se producen en este período y que son el correlato de cambios corporales, llevan a una nueva relación con los padres y con el mundo. Ello sólo es posible si se elabora lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo de niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia (Aberastury y Knobel, 1994, p.15).

De acuerdo a Blos (1975), el desarrollo psicosexual del adolescente ocurre por medio de cinco etapas; la adolescencia temprana, preadolescencia, la adolescencia propiamente dicha, postadolescencia y adolescencia tardía, a continuación se describirá cada una.

Blos refiere que “el período de latencia proporciona al niño los instrumentos, en términos de desarrollo del yo, que le preparan para enfrentarse al incremento de los impulsos en la pubertad”. Entendemos entonces al *período de latencia* como aquella etapa que carece de impulsos sexuales y antecede a la preadolescencia (Blos, 1975, p.83).

Posteriormente, acontece la **adolescencia temprana** que se caracteriza por canalizar el amor a personas externas y ya no a los padres (Blos, 1975). Por ende, “la sexualidad infantil auto erótica y no genital da paso a una sexualidad adolescente genital y objetal. La masturbación se convierte en una actividad normal, son frecuentes los enamoramientos e idealizaciones y tienen lugar las primeras relaciones sexuales” (Pedreira, 2000 p.81). Esta canalización no sólo se enfocará a la pareja, ocurre también con los iguales y se crea una relación de amistad en donde se busca características en el otro de las que el sujeto carece y de esta forma se complementan (Blos, 1975).

En la **preadolescencia** surge el comienzo de una indagación sexual referida ya no sólo a las diferencias físicas del sexo opuesto, sino del funcionamiento de los aparatos reproductivos, dando paso al erotismo (Blos, 1975).

Blos (1975), describe este periodo indicando que el hombre atraviesa un "estadio homosexual" mostrando mayor acercamiento a figuras de su propio sexo, mientras que la mujer demuestra la búsqueda por la heterosexualidad.

Durante la **adolescencia propiamente tal o propiamente dicha**, las relaciones son más profundas, se involucran sentimentalmente de una manera más intensa y con planes a largo plazo en esa relación, esto da pie a la formación de la identidad sexual que dará como resultado el impulso del joven.

El adolescente experimenta con gran intensidad el *enamoramiento*, lo que Blos denomina, "amor tierno", la relación con el sexo opuesto ya no está basada solo en sexo, van más allá e involucra sentimientos y emociones.

La consolidación de esta etapa se da cuando se consigue un ajuste en el adolescente, crea un "modo de vida" propio que responde a la pregunta que tanto se hacía de ¿Quién soy yo?, ahora sin problema se describe como ese soy yo (Blos, 1975).

El cambio de la adolescencia a la adultez está definido por la **postadolescencia**, en donde el adolescente deja de ser llamado así y se le reconoce como adulto joven (Blos, 1975, p. 219). "Durante el período postadolescente emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima, más bien que en la dependencia super-yoica y la gratificación instintiva" (Blos, 1975).

Si hacemos una comparación del joven al inicio y durante la adolescencia, era más impulsivo y estaba en constante desequilibrio, en la posadolescencia hay un progreso gradual en cuanto a su adaptación e interacción del yo (Blos, 1975).

Posteriormente, sucede un decremento de los cambios acelerados por los que ha atravesado el y la joven, denominada **Adolescencia tardía**. Tanto el Yo como las áreas social, afectiva y emocional se consolidan, demostrando gran avance en el desarrollo psíquico siendo estas las bases para la formación de la personalidad e identidad en los individuos. Dicho periodo funge como antecedente al equilibrio que deberá adquirir posteriormente. Sin embargo, debido a la vulnerabilidad y lucha en la que se encuentran pueden presentar en ocasiones desadaptabilidad o síntomas de psicopatología (Blos, 1975).

Para resumir lo que dicen Blos, González y Nahoul (2014), en la **Tabla 1** se describen estas etapas de una manera más concreta.

Tabla 1.
Etapas de la adolescencia.

Nombre	Rango de edad	Características
Preadolescencia	9-11 años	* Primeros intentos de independencia familiar. *Conflicto central con la madre, ambivalencia del hijo hacia su madre.
Adolescencia temprana	12-15 años	*Elección del objeto narcisista. *Superyo disminuye, labilidad afectiva. *Torpes motrizmente, angustia ante episodio bisexual transitorio inconsciente. *Idealización de la amistad, identificación con progenitor del mismo sexo. *Inicio de masturbación. *Madurez emotiva
Adolescencia propiamente como tal	16-18 años	*La conciencia de que existe una nueva meta instintiva: la procreación, situación que matiza y afectiviza la fantasía de paternidad; tal fantasía es ambivalente: se desea, se niega, se aborrece, se busca, se aborta.

		*La vulnerabilidad se da cuando él o la adolescente desean de, otras y demostrarse que puede tener un hijo.
Adolescencia tardía	19-21 años	*Acomodo de valores, afectos e intereses, identidad constante. Mundo externo más importante. *Se estabilizan ciertos recursos de la personalidad. *Esfuerzo del yo para lograr integración en trabajo, amor e ideología. *Sublimar, destinar energía y afecto al yo para conservar funciones y enriquecerlo.
Post adolescencia.	22-25 años	*Identificaciones aceptadas. Se ligan sexualmente a nuevas personas. *Integración superyoica de los afectos. Identidad cultural finalmente integrada a su rol social. *Estabilidad y compromiso con pareja. *Sublimación orientada a la vocación y ocupación. Pasatiempos y recreación favorecen el crecimiento del yo. *El varón necesita más del padre y mujer de la madre para contemplar el desarrollo de su personalidad y llevar a cabo sus proyectos de vida.

(González y Nahoul, 2014).

Por otra parte, Aberastury y Knobel (1994), definen diez características en el adolescente que se presentan en la **Tabla 2**:

Tabla 2.
Características en el adolescente.

Característica	
1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad	-Proceso de individuación -Dificultades/conflictos/incertidumbres –madurez de la personalidad -Entidad yoica. Esquema corporal -Conocimiento de individualidad biológica y social -Duelo respecto al cuerpo infantil -“Autoconcepto” (identidad)-mediante cambios e integración de concepciones que tiene de él y los demás -Identidades transitorias: adoptadas durante un periodo. /-Identidades ocasionales: dan frente a situaciones nuevas/-Identidades circunstanciales: todas se adoptan según la circunstancia. -Proceso de duelo. Niega pérdida de condiciones infantiles se le dificulta aceptar las de adulto -Vive cambios corporales como perturbadores. Sentimiento de “despersonalización” -Presencia extrema de los padres empieza a hacerse innecesaria. Inicia proceso de individuación
2. Tendencia grupal	-Búsqueda de “uniformidad” (brinda seguridad y estima). Proceso de sobre identificación -Se inclina a los dictados del grupo (preferencias, vestimenta, costumbres) -El grupo adquiere una importancia trascendental. Constituye la transición en el mundo externo para lograr individuación. -Grupo útil para las disociaciones, proyecciones e identificaciones -Recurre al grupo como refuerzo para su identidad -“Psicopatía normal” como momento transitorio (desafecto, crueldad, indiferencia, falta de responsabilidad)
3. Necesidad de intelectualizar y fantasear	-Forma típica del pensamiento adolescente -Sus pérdidas lo obligan a recurrir al pensamiento para compensar las pérdidas que ocurren dentro de sí mismo y que no puede evitar -Intelectualización como manifiesto defensivo

	-Incremento de la intelectualización, preocupación por principios éticos, filosóficos y sociales (teorías, movimientos sociales, salvar al mundo, escribir, arte).
4. Crisis religiosas	-Puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un metafísico muy fervoroso -Pasa por periodos místicos o por periodos de un ateísmo absoluto -Intentos de solución de la angustia que vive el yo en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con el fenómeno de la muerte -Separación definitiva de los padres y aceptación de la posible muerte de los mismos
5. Desubicación temporal	-Convierte el tiempo en presente activo como un intento de manejarlo -Parecerá vivir en proceso primario con respecto a lo temporal -Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales -Irrupción de partes indiscriminadas, fusionadas, de la personalidad en aquellas otras más diferenciadas -Crisis de ambigüedad; relacionada con la interrupción de la parte psicótica de la personalidad -El transcurrir del tiempo se va haciendo más objetivo (conceptual), adquiriendo nociones de lapsos cronológicamente ubicados -Sentimiento de soledad (se encierran, aíslan) -Conceptualización del tiempo -Formulan proyectos a futuro y tienen capacidad de espera y elaboración en el presente
6. Evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad	-Se observa un oscilar permanente entre la actividad masturbatoria y los comienzos del ejercicio genital -Contacto genital de tipo exploratorio -La búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa -Enamoramiento apasionado -Periodos de predominio de aspectos femeninos en el varón y masculinos en la niña -Masturbación como paso de la etapa esquizo-paranoide de su personalidad, considerar sus genitales como ajenos a sí mismo
7. Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad	-El proceso de adolescencia depende de él mismo y de la constelación familiar, ya que determina gran parte de la conducta -"ambivalencia dual" la misma situación de ambivalencia que presentan los hijos separándose de los padres, la presentan estos al ver que aquellos se alejan -el medio en el que viven determina nuevas posibilidades de identificación, futuras aceptaciones de identificaciones parciales e incorporación de una gran cantidad de pautas socioculturales y económicas -la cultura modifica características exteriores -la sociedad es la que se hace cargo del conflicto edípico y tiende a imponer su solución -el adolescente trata de modificar la sociedad -se crea un malestar de tipo paranoide en el mundo adulto que se siente amenazado por los jóvenes que van a ocupar ese lugar por lo que serán reactivamente desplazados -la juventud revolucionaria del mundo tiene el sentimiento místico de la necesidad del cambio social -las intelectualizaciones, fantasías conscientes, necesidad del yo fluctuante que se refuerza en el yo grupal, hacen que se transforme en pensamiento activo, acción social, política y cultural
8. Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida	-La conducta del adolescente está dominada por la acción, que constituye la forma de expresión más típica en estos momentos de la vida, en que hasta el pensamiento necesita hacerse acción para poder ser controlado -"personalidad esponjosa", personalidad permeable, que recibe todo y que también proyecta enormemente, es decir, es una personalidad en la que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes. -Esto hace que no pueda haber una línea de conducta determinada, que ya indicaría una alteración de la personalidad del adolescente. Por eso es que

	<p>hablamos de una “normal anormalidad”, de una inestabilidad permanente del adolescente (p.96).</p> <p>-Es el mundo adulto el que no tolera los cambios de conducta del adolescente, el que no acepta que el adolescente pueda tener identidades ocasionales, transitorias, circunstanciales como se ha descrito anteriormente.</p>
9. Una separación progresiva de los padres	<p>-Por lo tanto, una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, es la de ir separándose de los padres.</p> <p>-La aparición de la instrumentación de la genitalidad con capacidad procreativa, como ya se ha señalado es percibida también por los padres del adolescente. Muchos padres se angustian y atemorizan frente al crecimiento de sus hijos reviviendo sus propias situaciones edípicas, lo que, como ya lo he indicado, da lugar a situaciones conflictivas sumamente complejas que es preciso tener en cuenta</p> <p>-Muchas veces los padres niegan el crecimiento de los hijos y los hijos viven de los padres con las características persecutorias más acentuadas</p> <p>-La presencia internalizada de buenas imágenes parentales, con roles bien definidos, y una escena primaria amorosa y creativa, permitirá una buena separación de los padres, un desprendimiento útil, y facilitará al adolescente el pasaje a la madurez, para el ejercicio de la genitalidad en un plano adulto</p> <p>-En esos momentos la identificación con ídolos de distinto tipo, cinematográficos, deportivos, etcétera, es muy frecuente</p>
10. Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo	<p>-Un sentimiento básico de ansiedad y depresión acompañarán permanentemente como substrato a la adolescencia</p> <p>-El adolescente se refugia en sí mismo y en el mundo interno que ha ido formando durante su infancia preparándose para la acción y, a diferencia del psicópata, del neurótico o del psicótico, elabora y reconsidera constantemente sus vivencias y sus fracasos</p> <p>-Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos que ya se ha descrito</p>

1.2.4 Desarrollo Psicosocial del Adolescente.

El adolescente experimenta perturbación en la estabilidad de su medio. Dentro de este exterioriza conductas ególatras y otras veces deja verse como un ser retraído, intrépido, con poca coordinación, desmotivación o apático, también atraviesa por confusiones afectivas, religiosas, intelectuales, filosóficas y sobre su sexualidad, lo que Knobel (1994) denomina “*entidad semipatológica*” o “*síndrome normal de la adolescencia*” (Aberastury y Knobel, 1994).

Es por ello que la adolescencia, en ocasiones se distingue por qué experimentan fuertes cambios emocionales, así como distanciamiento parental, dando paso a la integración

e identificación con personas de edad similar, siendo pertenecientes a un grupo de amigos (Pedreira y Álvarez, 2000).

Iglesias (2013), propone cuatro aspectos que se exponen en la **Tabla 3**, los cuales intervienen en el desarrollo psico-social del adolescente de acuerdo a los períodos expuestos anteriormente, estos son; “la lucha de la dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus pares y el desarrollo de la propia identidad” (p. 91).

Tabla 3.

Aspectos psicosociales del desarrollo en el adolescente.

	12 a 14 años	15 a 17 años	18 a 21 años
Dependencia-Independencia	-Mayor recelo y menor interés por padres -Vacío emocional, humor variable	-Más conflictos con los padres	-Creciente integración Independencia “respeto a los padres”
Preocupación del aspecto corporal	-Inseguridad respecto a la apariencia y atractivo -Interés creciente sobre la sexualidad	-Mayor aceptación del cuerpo Preocupación por su apariencia externa	-Desaparecen las preocupaciones Aceptación
Integración en el grupo de amigos	-Amistad. Relaciones fuertemente emocionales -Inicia contacto con el sexo opuesto	-Intensa integración Valores, reglas y modas de los amigos. Clubs. Deportes. Pandillas	-Los valores de los amigos pierden importancia Relación con otra persona, mayor comprensión
Desarrollo de la identidad	-Razonamiento abstracto. Objetivos vocacionales irreales. -Necesidad de mayor intimidad. Dificultad en el control de impulsos. Pruebas de autoridad	-Mayor empatía. Aumento de la capacidad intelectual y creatividad. -Vocación más realista. Sentimientos de omnipotencia e inmortalidad: comportamientos arriesgados	-Conciencia racional y realista. Compromiso- Conciencia racional y realista. Compromiso. Objetivos vocacionales prácticos Concreción de valores morales riesgosos y sexuales

(Iglesias, 2013)

Dando pie al inicio de una autonomía, la toma de decisiones es un proceso que define en cierto aspecto las relaciones sociales; tal como el uso de modas, pertenecer a un grupo así como el conocimiento de la identidad sexual y la sexualidad en general. El establecimiento de límites pueden provocar conflictos en la relación del adolescente con su familia y con la sociedad (Mora y Hernández, 2015).

1.2.4.1 Formación de la identidad en el adolescente.

Una vez que los jóvenes tienen la capacidad de reconocer sus características tanto de niño como de adulto son capaces de construir una ideología y una *identidad*, este proceso se da de manera consciente e inconsciente y tiene como objetivo proporcionarles adaptación al contexto social en el que se encuentran inmersos (Aberastury y Knobel, 1994).

De acuerdo con Mead (1974), la identidad es un “proceso de construcción en la que los individuos se van definiendo a sí mismos en estrecha interacción simbólica con otras personas” (como se citó en Larrain, 2003, p.32). Es distinguirse de los demás, ser aceptado y reconocido por los otros (López y Cachón, 2007). “El sentido de identidad se inicia en la adolescencia y se continuará durante toda la vida” (Pedreira y Álvarez, 2000. p.84).

Esta transformación se manifiesta en tres aspectos; culturales, materiales y sociales. Los seres humanos pertenecemos a grupos que nos identifican culturalmente; como género, religión, profesión, nacionalidad, etnia, etcétera y de los cuales nos determinan como sujetos inherentes a una cultura, llamada identidad cultural o colectiva. Así mismo, la identidad se refleja en aspectos tangibles, es decir los individuos manifiestan su propia imagen o ideologías a través de cosas materiales o incluso de su cuerpo. Es también un aspecto social

continuo y mutuo, es decir la perspectiva que las demás personas poseen acerca de nosotros las convertimos en nuestras perspectivas pero de esta forma también nos ayudan a diferenciarnos de los demás (Gaete, 2015).

La construcción de la identidad depende de la resolución que se haya tenido en etapas anteriores en el desarrollo del ser humano, así como la interacción con el entorno en el que se desenvuelve, de la manera en que percibe y lo percibe la sociedad, todo esto por medio de las interpretaciones de las opiniones, relaciones con los demás y roles que asume (Ives, 2014; Moral, 2004).

Es por ello que, las condiciones sociales y económicas regionales, comunitarias y familiares inciden, de alguna manera en los procesos y relaciones en que los adolescentes enfrentan los conflictos de su identidad (Díaz, 2006). Cuando el apoyo, la comprensión y la potencialización del desarrollo no se da, el adolescente podría presentar patología en la adultez, creando dificultades en el desarrollo mediante crisis generacionales y desacuerdos personales (Morales, Buitrago y Marín, 2013).

Los y las adolescentes experimentan de forma diferente sus transformaciones emocionales y sexuales, sin embargo existe un aspecto sumamente importante para la formación de la identidad en ambos, la relación con el sexo opuesto; las cuales lo ayudan a estructurar su identidad, obtener experiencia y valorar a las personas dentro de su vida (Díaz, 2006).

Finalmente, la identidad de las y los adolescentes se construye con base en la aceptación de los ideales de género que impone el medio en el que se desarrolla, la construcción de su intimidad así como las nuevas formas de relación con el sexo contrario (Fernández, 2012).

CAPÍTULO 2.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

“El embarazo no planificado es un problema de salud sexual y reproductiva, en todas las etapas vitales, y se considera un problema central de salud pública cuando se produce en la población juvenil” (Yago y Tomás, 2015, p. 119). Puede definirse como “aquél que ocurre dentro de los primeros dos años de edad ginecológica (tiempo transcurrido desde la menarca) y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen” (Díaz, Sugg, Valenzuela, 2004).

“La actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo estará muy influenciada por la etapa de vida por la que transita” (Issler, 2001, p.15).

En la **Tabla 4** se contrasta la reacción ante el embarazo dependiendo la etapa de la adolescencia.

Tabla 4.

Reacción del embarazo en función de las etapas de la adolescencia.

Etapa	Edad	Reacción	Motivo	Apoyo	Crianza
Adolescencia temprana	Menos de 14 años	Se exacerbaban los temores por los dolores de parto Están más preocupadas por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo	Muchas veces por abuso sexual	Dependientes de la madre	No la asumen y se delega a los padres

como algo que las transformará					
Adolescencia media	14 y 16 años	“Dramatizan” la experiencia corporal y emocional Utilizan el embarazo como independencia de los padres Adoptan actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo	Se relaciona con la experiencia del erotismo	Familiar Pareja	Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrá desempeñar un rol maternal
Adolescencia tardía	Después de los 18 años	Adaptación más accesible a su situación Cuidados mayores	Para consolidar su identidad y formalizar una pareja	Principalmente de la pareja	Por lo general no tiene muchos inconvenientes

(Issler, 2001, p.p.11-23).

En México, este fenómeno social ha ido en ascendencia, según refiere un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), ya que “se encuentra entre los primeros lugares de embarazos adolescentes -de 15 a 19 años de edad- cuando se compara con naciones de igual nivel de desarrollo, por arriba de los ocurridos en Chile, Costa Rica, Uruguay y Perú” (Gómez, 2016).

Con base en el Banco Mundial, México ocupa el lugar catorceavo de embarazo joven a nivel mundial como se muestra en la **Tabla 5**. Obteniendo para 2006 un índice de 71 por cada mil habitantes, y para el año 2009 decrece a 69. Mientras que entre los países latinoamericanos se coloca en la novena posición.

Tabla 5.

Embarazo adolescente a nivel mundial.

País	2006	2007	2008	2009
1. Rep. Democrática del Congo	207	201	195	189
2. Angola	177	171	167	162
3. Zambia	149	147	145	143
4. Afganistán	127	119	115	111
5. Nicaragua	114	113	111	110
6. Guatemala	109	107	106	105
7. Venezuela	90	90	89	89
8. India	89	86	84	82
9. El Salvador	85	83	81	80
10. Panamá	84	83	81	80
11. Bolivia	79	78	78	77
12. Brasil	78	76	76	76
13. Colombia	79	74	73	72
14. MÉXICO	71	71	70	69
15. Somalia	70	70	70	69
16. Costa Rica	68	66	65	64
17. Uruguay	62	61	61	60
18. Chile	59	58	58	57
19. Argentina	58	57	56	56
20. Sudáfrica	61	59	57	56
21. Puerto Rico	56	54	53	53
22. Perú	56	55	54	52
23. Cuba	46	45	45	45
24. Tailandia	43	43	42	41
25. Estados Unidos	42	41	38	36
26. Turquía	40	39	37	36
27. Reino Unido	29	30	30	30
28. Federación de Rusia	30	30	29	27
29. Nueva Zelandia	30	31	28	26
30. Arabia Saudita	13	12	14	16
31. Australia	17	16	16	15
32. Portugal	17	17	16	15
33. Israel	14	14	14	14
34. Bélgica	15	14	14	13
35. Canadá	14	14	13	13
36. Austria	13	13	12	12
37. España	12	13	12	12
38. China	8	8	9	9
39. Alemania	8	8	8	7

40.Argelia	8	7	7	7
41.Francia	7	7	7	7
42.Dinamarca	6	6	6	6
43.Italia	7	7	6	6
44.Singapur	5	5	5	6
45.Japón	5	5	5	5
46.Países Bajos	5	5	5	5
47.Suiza	5	5	4	4

(Banco Mundial, 2009)

En la **Tabla 6**, se encuentra un estudio realizado en México, por el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) el cual indica, que en el año 2006 los Estados con mayor porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) fueron Chihuahua y Nayarit, con 21.0 % seguido de Baja California con 19.7%, el Distrito Federal se reporta con un porcentaje de 14.3%, siendo la entidad más baja en incidencia.

Para el 2014 Coahuila ocupa el primer lugar con un 22.6%, seguido de Chihuahua con 22.5% y Guerrero con 21.6%, el Distrito Federal vuelve a aparecer con el porcentaje más bajo obteniendo un 15.8%.

A pesar de que los estados que ocupaban los primeros lugares en el 2006 han cambiado de posición, podemos observar que en un período de 8 años se ha dado un incremento en todo el país.

Tabla 6. Embarazo adolescente a nivel nacional.

Entidad federativa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total	17.2	17.8	18.3	18.8	18.8	19.2	19.4	19.4	19.2
Aguascalientes	16.2	16.6	18.1	18.3	18.4	18.9	18.9	18.8	19.8
Baja California	19.7	20.1	20.7	20.3	20.3	20.6	20	19.8	20
Baja California Sur	19	20.5	20	20.8	19.7	19.1	18.7	17.9	18.1

Campeche	19.5	20.1	19.6	20	20.2	21	19.9	20.1	20.2
Coahuila de Zaragoza	19	20.1	20.6	21.7	21.8	22.7	23.1	23.1	22.6
Colima	18.7	19.8	19.5	19.9	19.6	18.8	19.2	19.1	19
Chiapas	18.9	18.7	18.7	18.9	18.8	19.5	19.9	20.1	20.1
Chihuahua	21	21.8	22.8	23.3	23	23.2	23	22.3	22.5
Distrito Federal	14.3	15.2	15.3	15.7	16.5	16.6	16.6	16.4	15.8
Durango	19.4	20.6	20.7	21.3	21.4	21.6	21.9	21.6	21.1
Guanajuato	15.4	16	16.9	17.2	17.6	18.2	18.4	18.9	18.7
Guerrero	18.6	19.3	20	20.4	19.6	21.1	21	21.3	21.6
Hidalgo	17.5	18.4	18.3	19	19.5	19.4	19.8	20	19.1
Jalisco	15.4	15.9	16.3	17	17.2	17.7	17.6	18	17.7
México	16.7	17.6	18.3	18.8	18.8	18.8	19.9	19.4	19.1
Michoacán de Ocampo	16.6	17.1	17.8	18.5	18.9	19.1	19.3	19.4	19.1
Morelos	16.9	17.8	17.9	18.8	18.8	20.2	19.1	19.9	19.5
Nayarit	21	21.4	21.6	21.9	21	21.7	21.6	21.9	20.4
Nuevo León	14.8	15.8	16.6	17.2	16.9	17.1	17.6	17.6	17.2
Oaxaca	17.3	17.6	17.9	18.7	18.4	19	19.1	18.9	19.2
Puebla	16.8	17	17.6	18.4	18.2	18.9	19.1	19.1	19.2
Querétaro	15.5	15.5	16.6	16.9	16.7	17.1	17	17.3	16.8
Quintana Roo	17.9	18.8	18.4	18.6	18.1	18.5	17.6	17.7	18
San Luis Potosí	17.1	17.5	17.9	18.8	19.4	19.3	19.7	19.6	18.6
Sinaloa	18.6	19.1	19.7	20.7	20.8	20.6	20.4	19.9	20.2
Sonora	18.6	18.7	19.9	20.2	20	20.6	20.5	20.6	20.3
Tabasco	18.5	18	18.5	18.6	18	18.2	18.1	19.6	20.3
Tamaulipas	16.9	17.8	18.1	18.9	18.9	19.3	19.5	19.1	18.5
Tlaxcala	16.6	16.9	17.1	18.6	18.7	18.9	19.5	19.7	19.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	18.2	19	19.6	20.3	19.8	20.2	20.2	20.2	19.9
Yucatán	16.2	16.9	17.5	17.8	17.9	17.7	17.7	18.3	18.2

Zacatecas	16.9	17.4	17.7	18.4	18.9	19	19	18.8	18.5
En el extranjero	17.3	18.6	16.1	14.3	14.3	14.4	14.9	14.6	13.8

(INEGI, 2015)

2.1 Causas.

El embarazo precoz es multifactorial, ya que no se atribuye a un solo aspecto del desarrollo. A continuación se exponen algunas explicaciones de por qué se da este fenómeno.

Para Welti:

La cultura mexicana santifica a la maternidad y le otorga un estatus social. Una es que las jóvenes que se embarazan adquieren, no de manera consciente o premeditada, ese reconocimiento. Es una forma de realizarse ante la adversidad de sus circunstancias y las del país, en las que las oportunidades de educación son menores y el mercado laboral es altamente competido. A ellos se agrega un futuro de incertidumbre extrema (Gómez, 2016).

De acuerdo a la ENAPEA (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes), una de las causas por las que ocurre el embarazo es debido a que la adolescente **carece de planes de vida** tanto personales como profesionales, así como la **ausencia de redes de apoyo** las cuales actúan como factores de prevención. Es decir, al contar con estos recursos, existe una menor probabilidad de asumir roles parentales a temprana edad (2015).

El incremento de embarazos en la adolescencia se ve influenciado por las **conductas sexuales prematuras** que presentan durante esta época, con el objetivo de experimentar, por curiosidad o presión social principalmente de los amigos, sin tener la adecuada capacidad de razonamiento sobre lo que implica iniciar una vida sexual (infecciones de transmisión sexual y embarazos prematuros) (Merino y Rosales, 2011; OMS, 2012).

La Secretaría de Salud (2013), reporta que los adolescentes comienzan su vida sexual a una edad más temprana, la mayoría practica estas conductas con **ausencia de información** suficiente para asumirla con responsabilidad. De esta manera son más propensos a involucrarse en embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y abortos inducidos, por mencionar algunas (Secretaría de Salud, 2013).

Generalmente, no existe un acuerdo previo entre la pareja adolescente para procrear, por el contrario este hecho ocurre ante la **ausencia de métodos anticonceptivos** o el inadecuado uso de éstos (Álvarez, Pastor, Linares, Serrano y Rodríguez, 2012). En algunos contextos sociales el uso de anticonceptivos es limitado, comúnmente en la primera relación sexual (Menkes, y Suárez, 2003). Y “aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas” (OMS, 2014). En una investigación realizada por Ehrenfeld, se obtuvo que el “97% de la población de entre 12 y 29 años conoce al menos 3 métodos anticonceptivos modernos, aunque eso no signifique que sepan cómo funcionan” (Gómez, 2016), por ejemplo, el 65.5% no se protegió en su primera relación sexual (Campa, 2016).

Por otra parte, Gómez (2016), argumenta que la problemática de los embarazos prematuros no es precisamente por la ausencia de información suficiente acerca de métodos anticonceptivos, sino la **dificultad** de los adolescentes **para adquirirlos así como la adecuada capacitación** para el uso de los mismos. La información con la que cuentan, es muy limitada cuando no hay suficiente comunicación con los padres o cuidadores, es por ello que la asesoría la adquieren de los pares o de pláticas informales. Aunado a las dificultades que se presentan para la interrupción de un embarazo no deseado.

Se sabe que a nivel mundial, generalmente las prácticas sexuales inician durante la juventud, sin duda mientras más acceso a la educación formal y sexual se tenga, la iniciación se pospondrá y la puesta en práctica de la prevención será mayor (Rodríguez, Mayén y Ramírez, 2006).

Menkes y Suárez (2003), hallaron que “un **bajo nivel de escolaridad** femenino se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación en la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual” (p.233). Aunado a que en algunas zonas rurales del país el nivel de educación formal en las mujeres es nulo, esto provoca una escasa comprensión de las relaciones sexuales y los métodos para el control de natalidad, es por ello que reciben el embarazo como una “voluntad divina” (Merino y Rosales, 2011).

Cabe mencionar que, “percibir como muy importante el tener un alto nivel de estudios promueve las intenciones de tener un hijo después de los 20 años” (Atienzo, Camoero, Lozada y Herrera, 2014, p.292).

Walti (2000) menciona en sus investigaciones que:

Según el nivel de escolaridad se observan grandes diferencias en el porcentaje de mujeres que iniciaron su historia genésica en la adolescencia: más de 60 por ciento de las mujeres que no asistieron a la escuela han sido madres antes de los 20 años, mientras que entre las mujeres con preparatoria esta cifra se reduce a 10 por ciento (p.46)

De esta manera, la pertenencia al grupo educativo promueve un mejor contexto social y una adecuada percepción de uno mismo, promoviendo una correcta toma de decisiones posteriormente (Merino y Rosales, 2011)

Un contexto familiar adverso, como es la desintegración familiar, un padre disruptivo, ausente o con el cual la relación era estrecha pero que por diversas circunstancias se generó una separación, así como la pérdida de personas importantes, disputas o peleas constantes dentro de la familia, pueden propiciar el involucrarse con un joven que satisfaga sus necesidades afectivas, con quien posteriormente ocurrirá dicho acontecimiento (Mora y Hernández, 2015; Stern 2004). Es decir, un joven que no recibe atención, afecto y cariño en casa, suele buscarlo a través del contacto físico con otras personas, manteniendo relaciones sexuales, incluso la procreación de un hijo como escape de soledad o como huida de un ambiente hostil (violencia, drogadicción o incesto) (Merino y Rosales, 2011). Se ha encontrado que las mujeres que se convirtieron en madres durante esta etapa, vivieron situaciones familiares complicadas y malas relaciones con sus padres (Seince, Pharisien y Uzan, s.f.).

El abandono o descuido de la familia también está relacionado con el cambio de roles en el hogar en donde la madre y el padre tienen que trabajar hasta tarde, el número de hijos se reduce a dos o tres que se dedican por completo a la escuela o actividades extras, dan pie a que las casas se encuentren solas y los jóvenes tengan la libertad de poder tener relaciones sexuales dentro de casa (Welti 2000, como se citó en México Social, 2015).

Existe una mayor probabilidad de convertirse en madre durante la adolescencia cuando algún **miembro de su familia ha tenido un hijo en dicha etapa**, ya sea madre y/o hermana, por mencionar algunos (Gómez, 2016; Nava, 2009).

Así mismo, habitar dentro de un **contexto social con grandes carencias**, llena de vulnerabilidad a las jóvenes de esa comunidad, debido a la ausencia de trabajos y salarios que satisfagan las necesidades básicas de las familias, los padres se ocupan en atender las dificultades diarias de sobrevivencia y dejan a un lado la atención y afecto a sus hijos. Como resultado se presenta violencia en la familia, padres que ya no viven juntos o adicciones en los integrantes (Stern, 2004). Generalmente, ocurre con mayor incidencia “en los grupos de marginación social, con estrato socioeconómico bajo, así como en las áreas rurales, respecto a las urbanas” (Rosales e Iriyoyen, 2013, p.101).

Otro aspecto suele ser la **estabilidad emocional** en la que se encuentra la joven previamente, un autoestima baja puede influir en que se presente un embarazo a corta edad, su importancia radica en que ésta va a motivar al ser humano a actuar y llevar a cabo con éxito sus objetivos (Mora y Hernández, 2015).

Es por ello que:

“A veces las mujeres adolescentes tienen grandes vacíos dentro, y tienen la fantasía de que el hijo o hija lo van a llenar, ya que puede llegar a haber una gran satisfacción afectiva y puede existir también la fantasía de que el hijo e hija les dará un valor como mujeres. La adolescente inconscientemente está buscando a partir de este hecho satisfacer necesidades afectivas” (Nava, 2009).

Merino y Rosales (2011) describen otras causas de tipo psicológicas que influyen en el embarazo prematuro; búsqueda de un compañero y proveedor que sacie sus necesidades monetarias, como acto de rebelión en contra de sus padres debido a que se sienten incomprendidas; en ocasiones se puede interpretar como huida de un ambiente negativo en casa o para sentirse apreciada y valorada por su pareja. Debido a estas causas, el embarazo, “ocurre fuera de una relación de pareja estable, y con mucha frecuencia resulta no deseado al no ser planeado” (Rosales e Iriyoyen, 2013, p.101).

El hecho de aceptar el embarazo o no, puede radicar en el apoyo y compromiso que reciba la joven por parte de su pareja, de tal manera que al enterarse, la primera reacción es hacérselo saber, como consecuencia en algunos casos se forman “uniones conyugales y matrimonios apresurados” (Cárdenas, López y Cortés, 2004; Rodríguez, 2006).

Por otra parte, se sabe que la violencia a la mujer se encuentra muy presente en nuestra sociedad, sin importar los factores ni el contexto que la rodean. Rodríguez (2006) afirma en su investigación, que existe una gran proporción de casos en los cuales el **incesto** está presente, es decir, el **abuso sexual** por parte de familiares de la menor. Lamentablemente son casos en donde la mayoría no proceden legalmente (Rodríguez 2006)

Entre otras causas que propician este acontecimiento es habitar en zonas de pobreza con hacinamiento así como la falta de recursos en los sistemas de salud (Merino y Rosales, 2011)

2.2. Consecuencias

El 80% de los embarazos durante la adolescencia no son deseados, este dato explica el incorrecto, poco o inexistente autocuidado de estas mujeres durante este periodo (Martínez, 2009, p. 10). Por esta razón, la gestación de una adolescente traerá diversas consecuencias. Jordán (2015) refiere que “dada la inmadurez psicosocial de estos jóvenes, plantea algunas dificultades de tipo personal, social, económico, educativo y laboral, tanto para los padres como para sus hijos, la familia y la sociedad en general” (párr.1).

Las **enfermedades orgánicas** en las madres y los neonatos se muestran más propensas en jóvenes menores de 20 años, principalmente cuando están en periodos más cercanos a la menarquia; es decir antes de los 15, si tenemos como punto de comparación a las mujeres que gestan entre los 20 y 29 años (Vásquez y Rojo, 2000; Mora y Hernández, 2015).

Mora y Hernández (2015), clasifican estas enfermedades en dos períodos que se explican a continuación:

La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos; en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura

prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado (p.296).

Es importante mencionar que se ha encontrado en estas mujeres un aumento considerable en el porcentaje de toxemia o preeclamsia diferente a los demás grupos de edad (Álvarez, sin año).

En aspectos ligados al **ámbito psicológico**, se encuentra el riesgo de padecer algún tipo de psicopatología durante y después del embarazo, ya que la adolescente sufre una serie de cambios físicos y emocionales que se añaden a los cambios comunes durante la adolescencia tales como “la rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de la identidad, así como aislamiento” (Secretaría de Salud, 2002a).

Generalmente las madres adolescentes se sienten frustradas respecto a sus planes a futuro debido a que se ven obligadas a adquirir responsabilidades de adulto cuando aún son niñas. Esto conlleva una serie de dificultades, ya que aún no se encuentran listas para aceptar este nuevo rol de madre e incluso de esposa, debido a que no es algo que esté dentro sus planes de vida. Entre los principales conflictos a los que se enfrenta están: la “depresión post-parto, baja autoestima así como inestabilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración al ver limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida” (Díaz et al., 2004, p.80; Martínez 2009 p.10; Mora y Hernández, 2015, p. 78; Nava, 2009).

En particular, quienes tienen una personalidad con características más vulnerables, suelen presentar en su mayoría depresión. Poseen menor asertividad, la percepción de ellas mismas es negativa, exteriorizan conductas antisociales y la visión que tienen hacia el futuro cambia de forma negativa (Aldana y Atkin 1997), aunado a la posible carencia de apoyo por parte de la familia, la pareja y la sociedad. Por este motivo necesitan contar con suficientes redes de apoyo (Posada, 2014).

En el **ámbito social** el embarazo en jóvenes va a influir de diferente manera en diversas actividades o planes de vida, “las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos” (León, Minassion, Borgoño y Bustamante, 2008).

Al hablar de **deserción escolar** podemos decir, que se define como “el abandono de las actividades escolares antes de terminar algún grado o nivel educativo” (Secretaría de Educación Pública, 2004). “En México la cuarta causa de deserción escolar entre los 15 y 19 años es el embarazo” (Welti, 2015). Generalmente, estas mujeres obtienen un bajo nivel educativo, deficientes logros educacionales o por el contrario, les es difícil ingresar nuevamente a la educación formal. Esto impacta directamente “en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social” (Díaz et al., 2004; León et al., 2008).

En una investigación realizada por Atlantia Search en 2014 (**Tabla 7**), con población mexicana se encontró que: “Para las mujeres, la principal razón para desertar sigue siendo la falta de dinero; no obstante, se ubica en segundo lugar el embarazarse o tener un hijo y en tercer lugar el casarse” (Atlantia, 2014).

Tabla 7.

Deserción escolar (mujeres).

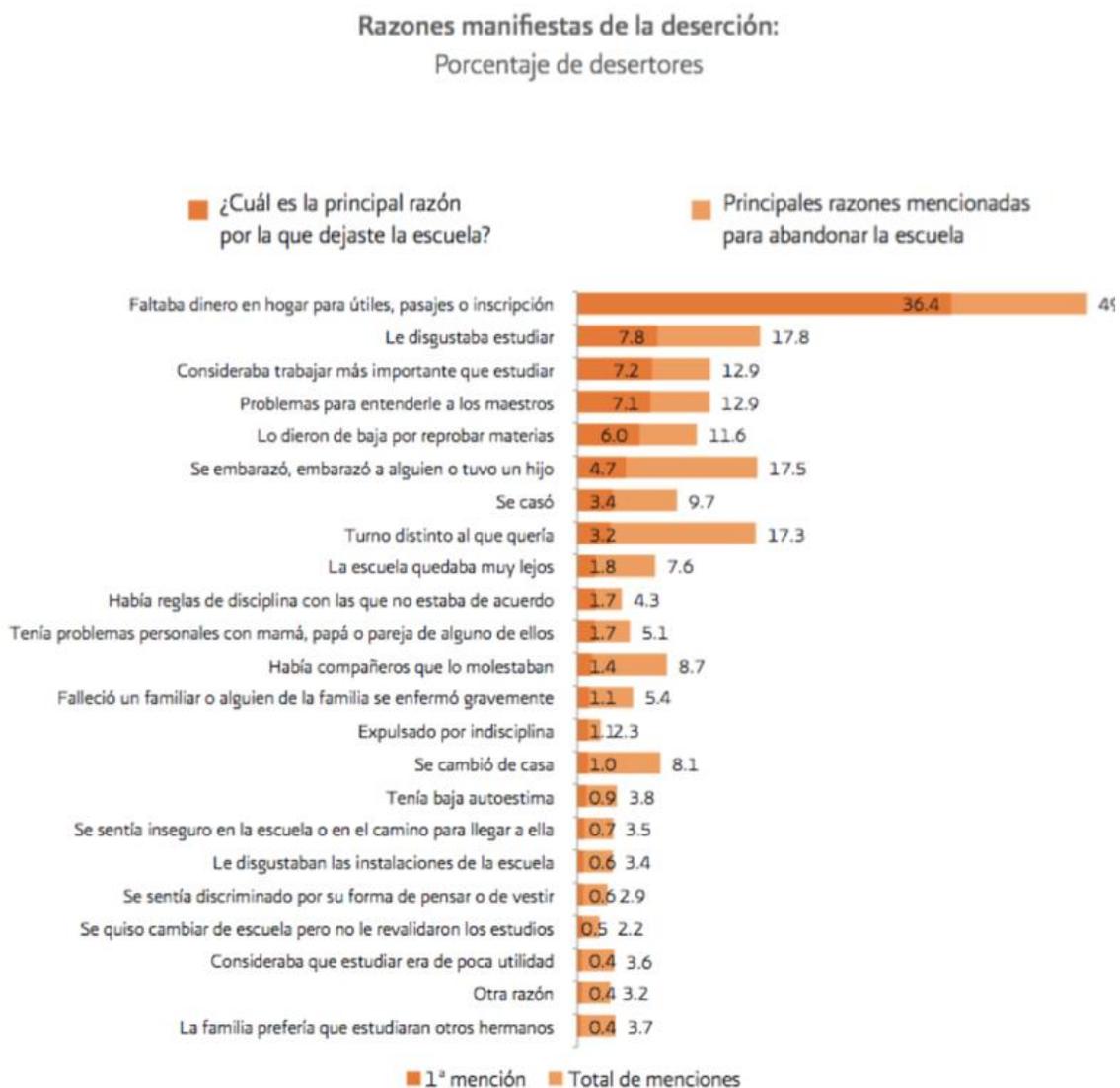


(Atlantia, 2014)

En la **Tabla 8** podemos observar que la falta de dinero en el hogar, para útiles, pasaje o inscripción es la causa de deserción más frecuente reportada por los propios entrevistados, mientras que el embarazo o matrimonio se encuentra en el lugar seis de las razones para abandonar la escuela (Atlantia, 2014).

Tabla 8.

Deserción escolar (hombres y mujeres).



(Atlantia,2014).

Respecto a la **estabilidad familiar posterior**, el embarazo a temprana edad lleva a los adolescentes a tomar decisiones precipitadas como contraer matrimonio, por lo regular estas uniones no tienen un pronóstico favorable ya que la mayoría culmina en separaciones

y genera inestabilidad para los miembros de esa nueva familia (Salazar, Acosta, Lozano y Quintero, 2008).

Formalizar ante la Ley una unión de adolescentes por puro compromiso revive rezagos de la vieja moral, sin aportar elementos reales de solución [...] aumentan las tensiones intrafamiliares y en el seno de la pareja y terminan en un divorcio a corto plazo que deja como secuela un hijo que nacerá en desventaja social o cuando menos emocional; pues si hay divorcio temprano le falta apoyo de una pareja amorosa -sus padres- que es el medio natural en que se debe formar y consolidar la personalidad del niño (Álvarez, s.f, p.p.10 y 11).

Debido a esta situación, existen altas probabilidades de convertirse en madres solteras, así como el incremento de hijos en un futuro (Langer, 2002). Como reporta México Social (2016), “el índice de fecundidad es más alto que quienes tuvieron su primer hijo a partir de los 23 años” (s.p). Esta situación puede complicar la posibilidad de mantener estabilidad en el hogar, ya que frecuentemente establecen relaciones de corta duración (Álvarez, s.f.).

Las obligaciones como padres, el bajo nivel de escolaridad, la ausencia de experiencia laboral o la dificultad de encontrar empleo llevan a estas jóvenes a vivir en condiciones limitadas y de escasos recursos o dependientes de los padres (Martínez, 2009).

En el **campo laboral** son muy pocas las facilidades que se le dan a las adolescentes embarazadas o que ya son madres, peor aún si en el país prevalece la discriminación hacia el género femenino; este es uno de los motivos por el que las jóvenes deben recurrir a la

dependencia con su familia o con la familia de su pareja si éste se encuentra desempleado también (Posada, 2014).

En el **plano individual** de la joven mujer, el embarazo ocasiona “la pérdida de la autonomía, la interrupción de relaciones sociales, el aplazamiento o el estancamiento en el desarrollo personal” (Suarez, Roberts, Korin, y Cuminsky, 1985 como se citó en Fleiz, Villatoro, Medina, Alcantar, Navarro y Blanco, 1999). La adolescente embarazada atraviesa por distintas pérdidas, su círculo de amigos en la escuela, a su familia si es que ésta no acepta el embarazo, su contexto; los lugares y las actividades que antes realizaba cambian y se encuentra inmersa en el ambiente de sus mayores en donde no se sienten compatibles (Posada, 2014).

Una vez concluido el embarazo las complicaciones continúan en el hijo. Algunas consecuencias a nivel orgánico en los **hijos de madres adolescentes** son; malformaciones congénitas o bajo peso al nacer, este último puede tener como consecuencia retraso mental o problemas en el desarrollo (Álvarez, s.f.). Se ha detectado que el 80% de los niños hospitalizados por desnutrición grave son hijos de madres adolescentes (Mora y Hernández, 2015).

La razón principal por la que un embarazo durante la adolescencia se considera un factor de alto riesgo para la salud del pequeño y la madre se debe a que existe mayor probabilidad de mortalidad del primer al quinto año de vida. Por mencionar algunos de estos factores encontramos la escasez de recursos económicos, falta de atención a sus necesidades

y poca o nula asistencia médica, así como maltrato y ausencia de los padres (Díaz et al., 2004; Langger, 2002; Welti, 2000).

De manera general encontramos que:

Entre las madres adolescentes hay más interrupción de los estudios; tienen recursos de toda índole más limitados para ejercer su maternidad; se dan más matrimonios prematuros y se observa mayor multiparidad, más pobreza, más estigma de ilegitimidad, más depresión, así como embarazo recurrente en la adolescencia de una generación a otra (Yago y Tomás, 2015, p. 119).

Sin embargo, “se ha observado que también pueden tener éxito en su adaptación a la maternidad y a su propio futuro, pero esto depende del apoyo social que reciba de su familia o su pareja” (Mora y Hernández, 2015, p.302).

CAPÍTULO 3.

MADRE ADOLESCENTE EN EL ROL DE LA CRIANZA.

Como menciona la OMS (2014a), “el 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años”, por este motivo se considera importante conocer cómo se desempeñan estas mujeres en el papel de la crianza debido a que cuando se adquiere la maternidad en el período de adolescencia, la joven se encuentra expuesta a una serie excesiva de cambios. Por un lado tenemos aquellos propios de la adolescencia y por el otro la transformación hacia la maternidad provocando que este nuevo rol se torne difícil y complejo para estas jóvenes (Sánchez e Hidalgo, 2016).

La corta edad y los nuevos roles que deberán asumir, incrementan su dependencia a la familia nuclear y a la pareja, tienen dificultad para participar en la crianza y con muy poca probabilidad lograrán su independencia. Así mismo si la adolescente se encuentra en proceso educativo, búsqueda de pareja y sin ingresos económicos o recursos emocionales, será complicado el proceso de criar a un hijo (Maldonado y Micolta, 1999).

En una investigación realizada por González y Estupiñán 2010 se concluyó que “la madre de la adolescente, las entidades de salud y el internet, fueron las fuentes de información más consultadas para resolver inquietudes relacionadas con la crianza” (p.399).

Podemos decir que el apoyo de la madre y la familia de la adolescente se vuelve indispensable, desde la aceptación, durante el proceso de embarazo, la llegada del niño y la

crianza, lo que significa que las redes de apoyo tienen un gran significado para las adolescentes (González y Estupiñán, 2010; Redemann, 2004).

Generalmente estas jóvenes se enfrentan a la maternidad solas, el abandono de los padres genera dificultades emocionales para el niño (González y Estupiñán, 2010; Cumsille y Ramírez, 1999).

La dificultad de este proceso repercute en la crianza futura del niño, se crean muchas dudas y la mayoría de las veces la madre de la adolescente es quien adopta este rol de crianza con la finalidad de que la adolescente permanezca estudiando y cuando posteriormente quiera ejercer su rol completamente será complicado, generándoles sentimientos de frustración (Riedemann, 2004).

Otro factor para delegar la crianza a terceras es el miedo a no tener el conocimiento adecuado para los cuidados del niño, argumentado que ellas poseen mayores y mejores aptitudes para el cuidado, soporte emocional y afectivo. Es común que las madres adolescentes repitan estos patrones culturales que les han inculcado (González y Estupiñán, 2010).

Aquellas mujeres que no delegan su rol completamente, comúnmente utilizan un inadecuado control para aplicar la disciplina en sus hijos, por lo regular amenazan con retirar el afecto ante una conducta inadecuada, la ausencia de las explicaciones sobre los castigos que van a ejercer, teniendo como resultado un método autoritario (González y Estupiñán, 2010).

Traveso y Pierina (2007), realizaron un estudio en donde compararon el ejercicio del control en madres adultas y madres adolescentes, encontrando que las jóvenes son menos flexibles, represivas, no se integran tanto a la relación madre-hijo debido a que están más preocupadas por ellas que por su hijo; el castigo físico y la hostilidad son los métodos más comunes para controlar, siendo “un riesgo potencial de maltrato” (p.64).

Respecto a la comunicación que mantienen con sus hijos, suele ser deficiente en su interacción, se caracterizan por no establecer diálogos con ellos, tienen poca sensibilidad ante las demandas del bebé, y al parecer presentan problemas de autorregulación emocional durante este vínculo. Existe mayor probabilidad de presentarlos si los niños tienen un temperamento difícil (Sánchez e Hidalgo, 2016).

En su papel como promotoras del lenguaje pueden enfrentarse a dificultades, en ocasiones, “suelen estimular en menor medida el desarrollo lingüístico de sus bebés. Es decir, parecen hablar menos a sus bebés, además de realizar menos repeticiones contingentes a la emisión de algún sonido por parte del hijo” (Sánchez e Hidalgo, 2016).

Otros autores ven a la madre adolescente con posibilidades de aprovechamiento en la maternidad. No es exclusivo que aparezcan consecuencias negativas en las adolescentes; por el contrario, hay quienes adquieren una adecuada adaptación a su nuevo rol materno, principalmente si cuentan con respaldo y apoyo tanto familiar como de pareja. Entre otros casos, son capaces de incorporar “ambientes estimulantes y juegos como estrategias para la formación de hábitos alimentarios y del descanso” (González y Estupiñan, 2010).

“Las actitudes y expectativas que tiene una madre adolescente en cuanto al rol materno y la crianza de los hijos contribuyen a la calidad de la relación que establece con su hijo” (Mora y Hernández, 2015, p. 78).

3.1. Crianza.

La crianza se define como:

El entrenamiento y la formación de los niños por los padres o cuidadores; integra los conocimientos, actitudes y creencias que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, el ambiente físico y social así como el aprendizaje de sus hijos en el hogar (Eraso, Bravo y Delgado, 2006).

“Incluye afecto, sentido común, capacidad de contener y organizar, creencias, educación, socialización y nivel socioeconómico” (Fornós, 2001, p.p. 184,185).

Por otro lado, Sanz (2014) refiere que:

La crianza es una de las principales funciones biopsicosociales de las familias y podría definirse como el proceso a través del cual los padres (u otros adultos que asuman sus funciones) cuidan y educan a sus hijos dándoles la posibilidad de desarrollarse e integrarse en el grupo social. (p.1)

Debido a la escasa madurez física y emocional del recién nacido, se requiere un exhaustivo apoyo afectivo y físico de los padres o cuidadores ya que el sujeto no tiene las herramientas para valerse por sí mismo. El tipo de atenciones que demandan los menores se relaciona con “mantener un vínculo afectivo estable con el adulto que lo cuida, promover el

proceso de individuación/separación, promover la socialización y los aprendizajes que le van a permitir hacerse autónomo de una forma gradual, protección de las enfermedades y otros acontecimientos que pueden poner en peligro su integridad como persona física y emocionalmente” (Fornós, 2001).

Con el propósito de apoyar, formar y dirigir a sus hijos para una adecuada incorporación al contexto social, los padres o cuidadores llevan a cabo estrategias denominadas “estilos educativos, prácticas de crianza o estrategias de socialización”, las cuales varían de unos padres a otros, así como las consecuencias que repercuten en los niños (Ramírez, 2005, p.167).

De acuerdo con Musitu, Román y García (1988), los estilos de crianza explican la forma que los padres utilizan para lidiar con sus hijos y su comportamiento, esto no significa que sean inamovibles, ya que un padre puede ejercer los cuatro estilos pero por lo general va a predominar uno. Respondiendo de esta forma a sus necesidades, valores, aspiraciones, frustraciones y conflictos (Climent, 2006).

Estos son; autoritario, permisivo, negligente y democrático.

En la **Tabla 9** se describen las características de cada uno así como las posibles consecuencias de llevar a cabo cierto estilo.

Tabla 9.

Estilos de crianza

ESTILO DE CRIANZA	CONDUCTAS DE LOS PADRES	CONSECUENCIAS EN EL MENOR
AUTORITARIO	Alto nivel de control/exigencia Poca comunicación y afecto	Baja autoestima y confianza en sí mismos deteriorada

	Muchas normas Obediencia estricta Castigo a lo que consideran mala conducta	Estrategias educativas reprobatorias y poco afectivas, se relacionan con el consumo de alcohol Impulsividad y agresión a pares Poca confianza en ellos mismos
PERMISIVO	Nivel bajo de control y exigencias No exigen responsabilidades ni orden No existen normas que estructuren su vida cotidiana Utilizan razonamiento pero rechazan control y poder sobre el niño Evitan el uso de restricciones y castigo Nivel alto de comunicación y afecto	Poco obedientes Dificultad en la interiorización de valores Bajos niveles de control de impulsos Confianza en ellos mismos
NEGLIGENTE	Bajos niveles de afecto, control, comunicación y exigencias Padres creen no tener problemas y minimizan los que se presentan con escasa implicación y esfuerzo Predomina la falta de coherencia	Problemas académicos, emocionales y conductuales Inseguridad e inestabilidad Dificultad de relación con pares Baja tolerancia a la frustración
DEMOCRÁTICO	Evitan el riesgo Refuerzan el comportamiento Afectuosos Sensibles a las peticiones de atención del niño Explican razones, no rindiéndose a caprichos Marcan límites. Ofrecen orientaciones. Dispuestos a escuchar ideas y llegar a acuerdos Estimulan expresión de las necesidades Otorgan autonomía	Mejor ajuste emocional y comportamental Impacto positivo en desarrollo psicológico Estado emocional estable y alegre Elevada autoestima y autocontrol Escasos problemas de conducta

(Capano y Ubach, 2013; Salles y Ger, 2011)

3.2. Competencias de la crianza.

Para Masten y Curtis (2000), la competencia es:

Un concepto integrador que se refiere a la capacidad de las personas para generar y coordinar respuestas (afecto, cognición, comunicación, comportamiento) flexibles y adaptativas a corto y a largo plazo ante las demandas asociadas a la realización de sus tareas vitales y generar estrategias para aprovechar las oportunidades que se les brindan (como se citó en Salles y Ger, 2011, p.29).

“Las competencias parentales están asociadas a la parentalidad social, por ello las competencias parentales pueden ser desarrolladas por adultos significativos aún cuando no sean progenitores de los niños” (Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social, 2009, p.46).

Por medio de las experiencias y estímulos del entorno, el infante empieza a adquirir un aprendizaje esencial; la familia se encarga de brindar estas experiencias que perdurarán en toda su vida; es por esto que su relación paterna-materna e incluso con otros integrantes de la familia debe ser estable y equilibrada ya que va a influir en el tipo de ambiente afectivo que va a experimentar dentro de sus primeros años. (González, 2011, p.6) De esta forma, los estilos y pautas de crianza que los padres ejercen, son determinantes para el desarrollo socioafectivo del niño, además de prevenir riesgos en la vida del mismo (Cuervo, 2010).

Otro factor importante de la influencia de la familia, escuela y sociedad a la contribución de la madurez del niño, es que potencializa su proceso de socialización por medio de las experiencias proyectadas por los mismos (González, 2011).

Es importante mencionar que la estructura o composición familiar no influye en el tipo de crianza que estos ejerzan, sino que tiene que ver con las actitudes y la forma de interacción en las relaciones paterno/filiales (Salles y Ger, 2011). Las familias se conforman de diferente manera, de modo que el tipo de integrantes varía de acuerdo a estas:

Familia nuclear: “presencia de hasta dos generaciones de padres e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos. Si la pareja sufrió muerte, separación o divorcio de

uno de los dos cónyuges y es nuclear, puede denominarse **familia monoparental**” (Valladares, 2008).

Familia extensa o extendida: “presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Es válido aclarar que el término familia extensa también alude a los padres, hermanos y abuelos, a la familia de origen” (Valladares, 2008).

Familia reconstruida: consiste en una estructura en la que la pareja, o al menos uno de ellos ha tenido un hijo o hijos en relaciones previas y estos se integran a la nueva unión (Espinar, Carrasco y Martínez, 2003).

Familias homoparentales: “son aquellas que se conforman por una pareja homosexual y los hijos o hijas que se adquieren antes o durante dicha unión” (Blanco, 2015).

El estilo de crianza y las consecuencias en los infantes dependerán de la instrucción que los padres ejerzan, de sus características y las de los menores, posibles cambios en la familia, modelos, valores, normas, roles, habilidades, así como la interacción padres e hijos (Cuervo, 2010; Ramírez, 2005). “El rol debe ser contenedor, organizador y protector de la vida de los niños, todo ello acompañado del afecto necesario” (Fornós, 2002, p. 186).

Con base en la clasificación realizada por Salles y Ger (2011), dentro de las funciones principales de un cuidador, encontramos, **afecto, comunicación, apoyo en procesos de desarrollo cognitivo y madurez así como el control**, los cuales se describen a continuación:

3.2.1. Afecto.

Barrull, González y Marteles definen el afecto como “una necesidad primaria” para los seres humanos, puesto que no se puede reemplazar de ninguna manera, además de ser necesaria para la conservación de la vida. Incluye ayuda, protección y cuidado (2000).

Es por eso que los padres son indispensables al momento de determinar qué tipo de relaciones afectivas se van a establecer, a esto se le llama función parental afectiva. Son ellos quienes “deben proporcionar un entorno que garantice el desarrollo psicológico y afectivo del niño”. A su vez es necesario que contribuyan con vivencias de tipo sensorial, emocional y afectivo, para que puedan crear y percibir un vínculo sólido, tanto con la familia como con la sociedad. Esta vivencia será el cimiento de la seguridad con la que se enfrentará a las adversidades del desarrollo y logrará su óptima adaptación al medio (Salles y Ger, 2011).

Debido a esta situación,

El niño necesita expresar el afecto de sus padres; es el modo de adquirir su autoestima y la seguridad necesaria que le permita alcanzar su autonomía personal. Dar al niño el afecto que necesita no significa ser excesivamente tolerante con él ni sobreprotegerle (González, 2011, p.2).

Otra conducta que no es benéfica para el desarrollo del niño, y es contraria al exceso de afecto, es la retirada de éste con el objetivo de controlar al menor.

Los padres expresan su desacuerdo con la conducta del niño mediante el rechazo, la negación a escucharle, el aislamiento o las amenazas de abandono. Aquí, el poder de la disciplina reside en el miedo a perder el apoyo afectivo, emocional y la aprobación de los padres. Por ello, al igual que en la afirmación de poder, también la retirada de amor comprende el componente de activación motivadora. La inducción, en cambio,

consiste en explicar al niño las razones por las que los padres consideran que su conducta no es deseable, al tiempo que se le pide que no la realice (Ramírez, 2005).

Como menciona Crespo (2011):

Es bueno crear un ambiente en el que todos los miembros de la familia puedan demostrar sus sentimientos afectivos; no hay que descuidar la proximidad, los abrazos, las expresiones de cariño. También hay que permitir que emerjan los sentimientos negativos en el sentido de que podamos hablar de ellos y canalizar la ira o la rabia. Además hemos de consolar, es importante apoyar antes de censurar o aconsejar (p.95).

De esta forma podemos decir que, todos los seres humanos necesitan de un ambiente lleno de afecto y atenciones por parte de los cuidadores, los cuales deberán tener la sensibilidad para identificar sus necesidades. Estos aspectos marcan un factor irremplazable en la vida emocional posterior de los niños, debido a que los primeros años son determinantes para el desarrollo (Hidalgo, Sánchez y Lorence, 2008).

3.2.2. Comunicación.

La comunicación es la interacción en donde dos o más personas se expresan de forma verbal o no verbal (mediante gestos o movimientos corporales) con el objetivo de intercambiar información. Durante este proceso debe existir un emisor (quien transmite el mensaje), un receptor (quien recibe el mensaje) y un mensaje (el contenido que se busca transmitir). Debido a que está en fluidez constante en un período corto de tiempo,

generalmente los papeles del receptor y emisor no tienen un rol estático (Zolten y Long, 1997; UNICEF, 2003).

Si hablamos de las relaciones entre padres e hijos, “los padres tienen que comunicarse con sus hijos en un ambiente de escucha mutua, respeto y empatía, pero manteniendo una jerarquía de competencias” (Salles y Ger, 2011, p.31).

Un concepto clave para que se logre un proceso de comunicación de calidad requiere de **asertividad**, lo cual se refiere a la capacidad para expresar sentimientos, ideas, opiniones, creencias en situaciones interpersonales, de manera efectiva, directa, honesta y apropiada, sin que se genere agresividad o ansiedad (Da Dalt de Mangione y Difabio de Anglat, 2002). “La comunicación es una preocupación para un número importante de familias, por lo tanto es pertinente el análisis de las estrategias que facilitan y construyen un buen proceso comunicativo” (Crespo, 2011, p.10).

De esta forma, existen padres que emplean escasos niveles de comunicación; estos usualmente no explican ni establecen acuerdos sobre las medidas de comportamiento con sus hijos, no analizan el problema en compañía de los niños o recurren a la distracción para evadir el problema (Ramírez, 2005).

Si se ejerce este patrón de conductas en los niños, tendrá como consecuencia una sensación de incompreensión, falta de atención, además de no establecer confianza con sus padres y un vínculo de seguridad y apoyo (Zolten y Logan, 1997). En ocasiones usan “la coerción y el castigo físico más a menudo” (Musitu y Soledad, 1993, como se citó en Ramírez, 2005, p.168).

Por otra parte, podemos encontrar al tipo de padres con una comunicación elevada, los cuales se basan en dar explicaciones que dejen conforme a sus hijos respecto a su conducta, por ejemplo, al aplicar consecuencias a sus malos hábitos establecen acuerdos, motivan a expresar puntos de vista y toman en cuenta las razones del niño (Ramírez, 2005). Realizar estas conductas es manifestarles respeto; de esta forma sus hijos perciben comprensión e interés de escucharlos por parte de sus padres, aumentando la sensación de amor propio (Zolten y Logan, 1997).

El beneficio de una comunicación adecuada para los padres es que aumenta la probabilidad de que sus hijos realicen con facilidad las actividades que se les pidan, ya que tienen conocimiento de las posibles actitudes de sus progenitores. De esta forma, obtienen seguridad de su rol dentro de la familia, promoviendo la cooperación de los mismos (Zolten y Long, 1997).

Desde que el hijo es pequeño, es posible establecer una adecuada comunicación, a través del juego, además de contribuir a su apropiada resolución de angustias y conflictos, todo esto teniendo a la madre como vía de transmisión por medio de su mirada, sonrisa, tacto, vocalización, lenguaje y sonidos (Rey, 2014). En la **Tabla 10** se explican algunas técnicas para llevar a cabo una comunicación efectiva con los niños.

Tabla 10.

Comunicación efectiva con niños.

Maneras de comunicarse efectivamente con los niños
Empezar la comunicación efectiva cuando los niños están chicos . Esto puede lograrse cuando los padres están disponibles para contestar preguntas , o para platicar con sus hijos .
Comunicarse al nivel del niño (física y verbal): usando lenguaje apropiado y ponerse al nivel (sentado o de rodillas) haciendo contacto visual.
Aprender a realmente escuchar: (hacer contacto visual, eliminar distracciones, escuchar sin interrumpir, hacer saber a los hijos que han sido escuchados, manejar conversaciones breves , hacer preguntas indicadas , expresar ideas y opiniones con sus hijos cuando se comuniquen con ellos, planear un tiempo para platicar y todos los integrantes se expresen, admitir cuando uno no sabe algo, tratar de dar explicaciones completas)

(Zolten y Long 1997).

Si los padres llevan a cabo de manera adecuada la comunicación asertiva, crearán hijos con mejores cimientos y un mejor ambiente tal y como lo plantea Oliva, Parra, Sánchez y López (2007), “los chicos y chicas que perciben más afecto en sus padres, y se comunican mejor con ellos, muestran un mejor desarrollo psicosocial, un mayor bienestar emocional y un mejor ajuste conductual” (p.49).

3.2.3. Apoyo en procesos de desarrollo cognitivo y madurez.

La base del desarrollo cognitivo (compuesta por habilidades y destrezas) surge en los inicios de la vida del ser humano. Las vivencias y acontecimientos a las que se enfrenta a lo largo de su vida, serán cruciales para estimular sus capacidades y de éstas también dependerá su futuro desempeño en el ambiente escolar (Tejada y Otalora, 2006).

Los niños nacen con funciones mentales esenciales que posteriormente se verán influenciadas por las diversas culturas provocando un cambio en ellas (Rafael, 2007).

Se entiende por desarrollo cognitivo:

Al conjunto de transformaciones que se producen en las características y capacidades del pensamiento en el transcurso de la vida, especialmente durante el período del desarrollo, y por el cual aumentan los conocimientos y habilidades para percibir, pensar, comprender y manejarse en la realidad (Rafael, 2007, sin página).

Durante la infancia existen necesidades cognitivas que son importantes para el desarrollo mental. De acuerdo a Barudy y Dantagnan 2010, las principales son:

Necesidad de estimulación: para que el aprendizaje y el desarrollo de la cognición sea posible, es necesario por lo menos que un sujeto adulto significativo estimule al niño o niña constantemente. Ese alguien debe tener un importante vínculo afectivo con el niño o niña, ya que sin afecto el aprendizaje no se produce de una manera adecuada y constructiva. Tanto la ausencia de estimulación como la sobreestimulación pueden resultar nocivas para el desarrollo cognitivo en la infancia.

Necesidad de experimentación: el cerebro, durante los primeros años, está programado para explorar; la curiosidad es muestra de este proceso y es intensa y visible desde los primeros meses de vida. El apoyo de la madre y el padre a esta necesidad de los niños, las respuestas a sus preguntas, por ejemplo, son esenciales para la satisfacción de esta necesidad.

Necesidad de refuerzo: los niños y niñas requieren en forma especial que sus madres, padres o cuidadores manifiesten el reconocimiento de sus esfuerzos y los logros alcanzados durante su desarrollo. El refuerzo positivo de los padres y madres es el que permite en los niños y niñas tener indicadores visibles del impacto de sus conductas, corregir sus errores y fortalecer sus conductas apropiadas (como se citó en Vargas y Arán, 2014).

Otros autores como Hidalgo et al. (2008), consideran importante para el desarrollo la **necesidad cognitivo-lingüística**, por este motivo es indispensable que los niños reciban experiencias que les resulten agradables para su estimulación en el pensamiento y comunicación; a través de la interacción con sus cuidadores aprenderán a expresarse.

El desarrollo cognitivo del niño ocurre a “medida que internaliza los resultados de sus interacciones sociales” (Rafael, 2007, sin página), tanto con el ambiente, la escuela y como podemos observar, los padres juegan un papel muy importante en el desarrollo cognitivo del niño.

Como mencionan Barudy y Dantagnan 2010, “para que las necesidades cognitivas de los hijos e hijas sean adecuadamente satisfechas, es necesario que cuenten con madres y padres capaces de brindarle experiencias de estimulación, experimentación y refuerzos oportunos durante las primeras etapas de aprendizaje” (citado en Vargas y Arán, 2014).

Para satisfacer dichas necesidades será importante llevar a cabo una adecuada estimulación cognitiva, la cual se describe como “el conjunto de experiencias a las cuales son sometidas el niño o niña por parte de su madre y que le permitirán desarrollar sus destrezas, habilidades y potencialidades cognitivas y socioafectivas” (Tejada y Otalora, 2006, p.45).

Alfonso (2004), refiere que de esta forma la estimulación se promueve a través de un contexto confortable, así como de la interacción y realización de actividades con los menores,

tales como; mantener conversaciones comúnmente con ellos en las cuales participe y en otras tantas actúe como oyente; interacción a través de juegos (adivinanzas, narraciones, escritura, imaginación y creación de cuentos); visitas a lugares culturales, compartir la lectura, por mencionar algunos ejemplos (como se citó en Tejada y Otalora, 2006, p.46).

Otro factor importante para el desarrollo cognitivo de los niños, es el ingreso a la educación formal, ya que experimentan un entorno distinto al que ya conocen (su familia). En este nuevo ambiente se busca que generen nuevas relaciones más allá de sus cuidadores (Hidalgo et al., 2008).

Como resultado de una adecuada estimulación cognitiva, los niños tendrán más oportunidades para continuar con los distintos niveles de educación formal, óptimo rendimiento en sus actividades académicas para que en un futuro brinden mayores beneficios a la sociedad (Tejada y Otalora, 2006).

Como conclusión es importante decir que;

Las funciones más importantes de la familia, en relación con las necesidades de los hijos e hijas, es aportar la estimulación apropiada que haga de ellos y ellas seres con capacidades cognitivas necesarias para relacionarse de modo competente con su entorno físico y social (Vargas y Arán, 2014).

3.2.4. Control/Límites.

El último aspecto que se incluye en las funciones de la crianza, hace referencia al control o límites en la conducta y comportamiento de los hijos.

Macoby y Martin (1983), definen el control como, “la exigencia parental o presión que los padres utilizan sobre sus hijos para el alcance de determinados objetivos, así como sus metas” (Andrade, Peñaloza y Méndez, 2013).

Por otra parte, “los límites suponen puntos de referencia sobre lo que se debe y no se debe de hacer. Ayudan a entender e integrar las normas, hacen sentir más seguridad, ayudan a lograr un buen autoconcepto” (Suárez, 2012).

Se componen de un grupo de reglas y vínculos emocionales explícitos los cuales se establecen dentro de la familia y en los grupos externos con los que se relacionan (Garizado, 2013).

Minuchin (1982) los clasifica en tres tipos:

- **Claros:** estas reglas son precisas, dando paso a que los integrantes de la familia conozcan claramente sus roles y se cree una interacción positiva sin afectar a otros miembros de ésta.
- **Difusos:** se refiere a cuando los límites no son completamente claros y como consecuencia de esto los participantes tampoco tienen precisión sobre ellos. Obstruyendo e irrumpiendo la autonomía entre sus miembros, es por esto que si alguien de la familia se encuentra ante una situación de estrés afectará a todos los miembros.
- **Rígidos:** este tipo de límites se caracteriza por la individualidad de los integrantes, carecen de comunicación, se rigen por ellos mismos y es así que no se sienten parte de su grupo familiar, únicamente en cuestiones adversas demuestran un vínculo de apoyo (Pillcorema, 2013).

Dentro del contexto familiar los padres y madres cumplen con la función de establecer límites claros, así como definir las consecuencias acorde al comportamiento de sus hijos, los cuales en ocasiones pueden tornarse complicados, con la finalidad de hacerlos conscientes de lo que es correcto y lo que no (Amaya, Pérez y Álvarez, 2006).

Los padres se enfrentan a conflictos en el momento de ejercer límites, por razones relacionadas a sus pensamientos, tales como: no tener habilidades para establecerlos, equivocarse a la hora de expresarlos, temor a no ser queridos por sus hijos, desacuerdo con la pareja, hacerlo con mucha autoridad o quieren actuar diferente a como actuaron con ellos (Suárez, 2012).

La forma más asertiva de fomentar buenos hábitos y conductas en los menores, es mediante la firmeza en el establecimiento de límites ante sus peticiones e inculcarlos desde una corta edad, de este modo el niño será capaz de establecer hábitos que influirán en su comportamiento futuro (Vázquez, 2010).

Algunos autores mencionan que si hay un índice elevado de estrés en la interacción padres e hijos, además de que los menores presentan un alto grado de conductas problemáticas, los padres recurren al castigo físico y gritos para corregir la conducta (Solís, Medina y Díaz, 2015).

La **Tabla 11** muestra algunas técnicas para la modificación de conducta, cuando el infante presenta comportamientos inadecuados, debemos recordar que la atención de los adultos a los niños resulta favorable a conductas correctas así como ignorar cuando las conductas son negativas (Vázquez, 2010).

Tabla 11.

Técnicas de modificación conductual.

Técnica de Intervención	
Refuerzo positivo y negativo	Se utiliza para conseguir que el niño se habitúe a una conducta positiva. Es aconsejable darle algo que le gusta cuando su comportamiento es adecuado y evitarle una situación o tarea que le desagrada. En ambos casos, obtiene un beneficio por comportarse de manera correcta y es probable que lo repita para alcanzar la recompensa.
Economía de Fichas	Se aplica para favorecer el desarrollo de buenas conductas y disminuir las no deseadas. Consiste en trazar un plan junto con el niño para entregarle cuando efectúa las conductas pactadas de forma previa (recoger su cuarto, hacer las tareas, atender en clase, etc.). Si consigue un determinado número de fichas, las puede canjear por un premio mayor. Es necesario aclarar con el niño qué conductas se tienen que corregir, así como los premios que puede conseguir, y reflejar su evolución en un cuadro u hoja de registro.
Tiempo fuera	Se retira al niño de un lugar que carezca de estímulos positivos para él. Se utiliza ante rabietas o comportamientos inadecuados persistentes. Hay que apartarle a otro lugar de forma pausada y tranquila, mientras se le explica que cuando corrija su actitud podrá volver al espacio físico anterior.
Principio de Premack	Las actividades que más gustan a un niño pueden utilizarse para reforzar otras que le resultan más desagradables. Es una modalidad de reforzamiento positivo para aumentar la frecuencia de conductas apropiadas. Es imprescindible conocer las actividades preferidas del niño y utilizarlas como objeto de cambio por la conducta apropiada (ver la televisión si antes termina los deberes, aumentar las horas de uso del ordenador si no se distrae en clase).

(Vázquez, 2010, pp. 2-3)

Otra forma de que los adultos proporcionen límites y control a los hijos es fomentando la autorregulación, la cual se entiende como; “la capacidad clave en el desarrollo del niño ya que le permite comprometerse en conductas intencionadas y pensadas, controlar los propios impulsos y parar alguna conducta si es necesario” (Solís, et al., 2015).

Ésta se relaciona directamente con la capacidad que el niño pueda desarrollar para controlar impulsos y emociones, para razonar previamente a la realización de una acción, focalizándose en una sola actividad (Solís et al., 2015).

Este proceso fomenta de manera gradual la tolerancia a la frustración, el control del comportamiento con los cuales podrán llevar a cabo una óptima adaptación e interacción en su medio (Amaya et al, 2006).

Como ya se mencionó, los padres son en gran medida los responsables de promover la autorregulación y la mejor manera de hacerlo es a través del análisis de la causa en la conducta de los hijos, distinguir entre el castigo y disciplina para aplicar consecuencias lógicas y naturales (Solís et al., 2015).

3.3. Factores que ponen en riesgo la crianza adecuada.

Después de haber realizado un análisis de los diversos factores que favorecen el ejercicio de la crianza, se considera importante mencionar que llevar a cabo un estilo negativo con los infantes tiene como resultado deficiencias en el área cognitiva y socioafectiva de los mismos (Cuervo, 2010).

Un ejemplo de posible daño cognitivo de esto son los conflictos atencionales que puede presentar el niño, como consecuencia de problemas matrimoniales, los cuidadores ejercen castigos no físicos aumentando la probabilidad de un déficit de atención (Ramírez, 2007).

Respecto a los factores socioafectivos se encontró que se puede dar a manera de rechazo o en problemáticas emocionales que se dan en los padres los cuales repercuten en los hijos.

De esta forma Rohner (1975) define el rechazo parental como, “la ausencia del calor, afecto o amor de los padres hacia sus hijos, o el privarlos de estos de modo significativo,

actitud que puede adoptar tres formas: a) hostilidad y agresividad, b) indiferencia y negligencia) y rechazo indiferenciado” (García, Lila y Musitu, 2005, p. 75).

Generalmente, estas situaciones ocurren en ambientes llenos de hostilidad, críticas, rigidez, conductas en las que se ignora a los hijos y se rechazan, en ellas se identifican desajustes psicológicos y sociales en los integrantes así como “la acumulación de eventos vitales estresantes”, provocando en ocasiones la autoexclusión de la sociedad caracterizando de esta forma a la familia (Lila y García, 2005; Mestre, Sampier y Diez, 2001).

Una vez que se presentan estas conductas de riesgo, existe una gran probabilidad de que el niño presente problemas de salud mental y de conducta, “déficits sociales, trastornos emocionales o enfermedades médicas” (Muñoz, Gómez y Jiménez, 2008, p.165) como se menciona a continuación.

García et al. (2005), identifican las consecuencias, al mismo tiempo que las clasifican en internalizadas (pasividad, apatía, retraimiento social, sentimientos depresivos, conductas autodestructivas o suicida, problemas somáticos, trastornos de ansiedad) y externalizadas (impulsividad, hiperactividad, desobediencia, agresividad, hostilidad, conducta destructiva, delincuencia, falta de autocontrol y violencia) (p.p. 75, 79). Por otro lado, si los padres presentan desajustes emocionales como ansiedad, estrés y depresión, es probable que la crianza del niño se torne negativa o conflictiva. (Cuervo, 2010).

Con base en lo que se explicó anteriormente, la familia debe ser precavida al momento de que ocurra alguna transformación en su dinámica (valores, normas, comunicación, solución de problemas y regulación emocional, entre otros), debido a que puede

desencadenar factores negativos para la crianza de los hijos, por esta razón es indispensable establecer métodos de prevención en el área familiar, promoviendo habilidades prosociales que permitan el desarrollo adecuado (Cuervo, 2010).

CAPÍTULO 4.

ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD.

En este capítulo se abordarán los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto el adolescente, así mismo se exponen los factores preventivos durante esta etapa.

4.1 Factores de riesgo durante la adolescencia.

“Se considera factor de riesgo a la característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una mayor probabilidad de daño a la salud” (Herrera, 1999, p.39).

Périsse señala que;

La noción de factor de riesgo corresponde a una correlación estadística entre un factor y el fenómeno que se estudia desde el punto de vista epidemiológico. Conciernen a una muestra dada, y, por tanto, no se sitúa en el plano de la causalidad individual (2009, p.2).

La adolescencia, “es el período más sano de la vida desde el punto de vista orgánico, pero es un período muy problemático y de alto riesgo” (Hidalgo et al., 2014, p.3580), debido que presenta características como: “emergencia del impulso sexual, idealismo, impulsividad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía” (Secretaría de Salud, 2002, p.35).

Existen factores de riesgo **psicológicos** y **sociales** en dicha etapa, los cuales son de gran importancia. Los primeros (**psicológicos**) hacen referencia a la insatisfacción que el

adolescente pudiese presentar, como necesidad de independencia y aceptación. Por otro lado, el inadecuado estilo de crianza, como el autoritarismo, permisividad, violencia, sobreprotección o incluso un ambiente frustrante de atención, apoyo y afecto. Cabe mencionar que las dificultades durante este período se vinculan con la ausencia de estos factores, la mayoría de las veces son el resultado de familias en donde prevalece la autoridad de los padres, imposición de normas o límites y hay poco diálogo entre sus miembros. Los **factores de riesgo sociales**, hacen referencia a un inadecuado soporte familiar, formar parte de algún grupo antisocial, la promiscuidad e incluso un bajo nivel en educación y cultura (Herrera, 1999; Oliva, 2006).

Esta etapa narcisista transitoria conlleva un estado de omnipotencia y fallas en el juicio, por lo que se observa que los adolescentes llevan a cabo acciones, sin calcular las consecuencias de sus actos y poniéndose muchas veces en riesgo (González y Nahoul, 2014, p.16).

Por este motivo son más vulnerables a tener conductas que dañen su salud. Entre ellas podemos encontrar; abuso de sustancias psicoactivas (consumo de alcohol drogas y otras sustancias); accidentes, lesiones, violencia, trastornos alimentarios lo que Páramo (2011) define como ideal de un “cuerpo de película”, hace que los jóvenes se sometan a dietas y ejercicios estrictos que si se salen de control terminarán en algún trastorno alimenticio; relaciones sexuales arriesgadas sin protección derivando en un embarazo precoz o enfermedades de transmisión sexual; problemas familiares; problemas de salud mental y de aprendizaje e incluso el suicidio.

La deserción escolar, también se considera factor de riesgo, debido a que conlleva una serie de situaciones que amenazan la estabilidad del menor haciéndolo propenso a caer en conductas riesgosas, puesto que la desinformación aumenta así como la capacidad de prever posibles consecuencias. La búsqueda de aceptación dentro del grupo de iguales, en ocasiones conlleva, a la realización de conductas que afectan su salud como la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual o embarazos no deseados.

Es común que los adolescentes realicen conductas de riesgo cuando se encuentran acompañados de sus pares y sobre todo con la intención de sentirse fuera del control parental y escolar (Secretaría de Seguridad Pública, 2011).

Es importante identificar a los jóvenes que tienen mayor probabilidad de caer en estas conductas debido a que, una cantidad considerable de problemas en la salud son el resultado de conductas que aparecen en esta etapa e influyen tanto en el presente como en el futuro del individuo (Arce,1995; Hidalgo et al., 2014; Páramo, 2011).

Por ende, “la juventud es una etapa del desarrollo donde se presentan múltiples conductas que implican riesgos para la salud, por lo que se vuelve importante identificarlos y buscar reducirlos generando ambientes de protección” (Solórzano y Gaitán, 2008, p.40). Para la prevención de aquellos factores primero es necesario detectar la conducta y posteriormente crear técnicas que disminuyan el factor peligroso (Perisse, 2009, p.2).

Con base en lo anteriormente expuesto, es importante centrar la atención en los riesgos en los cuales se puedan ver involucrados los adolescentes, y de esta forma poner en práctica medidas de prevención como:

Atención individualizada e intensiva, programas colaborativos comunitarios, identificación y tratamientos precoces, foco en los sistemas escolares, provisión de programas comunitarios para los adolescentes fuera del sector formal de educación, necesidad de capacitación de los profesionales, entrenamiento en habilidades sociales, incorporación de los pares y de la familia en la prevención y la conexión con el mundo laboral (Páramo, 2010, p.93).

En general esta transición adolescente dependerá de la personalidad de cada uno, el contexto podrá favorecer o perjudicarlo pero siempre influirá en su desarrollo (González y Nahoul, 2014).

La adolescencia puede tener cualquier duración y la intensidad de los procesos que en ella acontecen es variable en todo su trayecto, pudiendo alcanzar hasta diez años en nuestras sociedades occidentales contemporáneas. Se trata de un proceso que varía de persona a persona, de familia a familia y de época histórica a época histórica (Pedreira, Blanco, Pérez y Quiros, 2014, p.3613).

4.2 Factores de protección en la adolescencia.

Existen elementos que favorecen la promoción del cuidado en los jóvenes, se denominan factores de protección que se definen como: “Características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantener la salud o recuperarla y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo [...] y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad” (Burak, 2001. p. 490). La Secretaría de

Seguridad Pública refiere que: “son estilos de vida, patrones conductuales sanos que se adquieren en la familia, la escuela y con los amigos” (2011, p.24).

“Los estilos de vida y las oportunidades de salud, bienestar y desarrollo de los jóvenes tienen una relación muy estrecha con el contexto sociocultural, facilitando u obstaculizando este tránsito hacia la edad adulta” (Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005, p.66).

El afecto, el control, la comunicación y unión familiar, así como el estilo educativo que el adolescente recibe por parte de su familia, favorecen su desarrollo, además de reducir la posibilidad de presentar conductas de alto riesgo, pese a la dificultad en la relación de padres e hijos durante esta etapa. Estos aspectos actúan como factor de protección en los menores (Oliva, 2015b; Oliva, 2006a). Por este motivo, es importante que la comunicación bilateral entre padres e hijos se fomente desde etapas anteriores, de no ser así el acercamiento de los jóvenes hacia los adultos no será posible (Aberastury, 1994).

Es por ello que, la constitución de la persona en el adolescente tiene una gran influencia de la familia y los pares, de ahí que las medidas utilizadas por los padres para dirigir el comportamiento tengan gran valor en su desarrollo psicológico y social (Esteves, 2013).

Si un adolescente proviene de una familia funcional, en la que ha recibido afecto, apoyo, comunicación, confianza, respeto, etcétera dispondrá de mayores medios para enfrentar este período con éxito, experimentando poca o ninguna ansiedad. Por el

contrario si proviene de una familia disfuncional, es probable que su ansiedad aumente y le dificulte atravesar exitosamente esta etapa (Monroy, 2002, p.24).

Quien se encuentra a cargo del menor brinda autonomía al adolescente, en las áreas en las que considera ya es capaz de actuar con responsabilidad, manteniendo límites pero sin dejar de ser un apoyo en sus debilidades. Poco a poco el adolescente irá adquiriendo más responsabilidades en la toma de decisiones sobre su vida (Papalia, 2010).

Además del entorno familiar, la permanencia escolar funge también como factor de protección en la adolescencia, debido a que la exposición de riesgos se ve disminuida. El entorno y la interacción escolar ofrece entre otros aspectos; adquisición de conocimientos científicos y culturales, recrea y reproduce valores, conocimiento de tradiciones, se ven expuestos a normas y reglas, reciben información acerca de factores de riesgo, genera competencias individuales y sociales, brinda habilidades cognitivas conductuales, fomenta la convivencia, participación y responsabilidad, genera metas, además de contener conductas disruptivas y violentas además del compromiso con el bienestar de la comunidad (Secretaría de Seguridad Pública, 2011).

Así mismo, el aprovechamiento del tiempo libre, el cual consiste en realizar actividades productivas que incluyan expresiones intelectuales, artísticas y espirituales, es una forma de recreación que se muestra como “factor de bienestar social y desarrollo humano, en donde el autoconocimiento, la interacción y la comunicación con el contexto social sirven como base fundamental para construir una mejor calidad de vida”, donde se

promueve que la persona se relaje, se divierta y se desarrolle de manera integral (Secretaría de Seguridad Pública ,2011).

4.2.1 Resiliencia como factor de protección en la adolescencia.

La correcta identificación de los valores, aptitudes, habilidades y debilidades, favorecerán en el adolescente una adecuada formación de la identidad y construcción de su proyecto de vida (Bustos, 2013). Una gran cantidad de jóvenes presentan dificultades para dominar e identificar estos factores, así como el control de las transformaciones físicas, cognoscitivas y sociales de dicha etapa. Durante este camino se ven expuestos a crear una vida sana o a verse involucrados en conductas disociales (adicciones, trastornos emocionales o problemáticas que interrumpan su óptimo desarrollo), resistir o sobresalir de un camino u otro será determinado por las fortalezas internas del ser humano así como del contexto en el que esté expuesto, lo que se conoce como resiliencia (González, Valdez y Zavala, 2008).

Bustos (2013) define la resiliencia como:

La capacidad que tiene el ser humano de vivir y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones difíciles que la vida le presente; es transformar las experiencias negativas en positivas y constructivas que le ayudarán a fortalecer su estructura psíquica (p.89).

Se relaciona con factores de riesgo, protección y ambientes vulnerables, porque van a influir en las herramientas que posea o no el sujeto, así como el entorno en el que se desenvuelve, estas determinarán posibles conductas sanas y positivas (Saavedra y Villalta, 2008). Así mismo, un temperamento que refiere una forma apropiada de actuar, como

resultado de una familia en donde prevaleció la tranquilidad y seguridad hacia el menor, es probable que en el futuro el sujeto perpetúe su autocuidado (Anzola 2003).

Fomentar al adolescente a convertirse en una persona resiliente no significa saturarlo de información, consiste en generar habilidades individuales que giren en torno a: “autoestima, convivencia positiva, asertividad, altruismo, flexibilidad de pensamiento, creatividad, autocontrol emocional, independencia, confianza en sí mismo, sentimiento de autoeficacia, optimismo, iniciativa, moralidad y sentido del humor” (Andrade, 2012).

La potencialización de la resiliencia no solo depende del contexto familiar y social en el que se desenvuelva el sujeto, ellos deberán cimentar su resiliencia con base en su autoconcepto, autorregulación de habilidades, soporte social y habilidades que poseen y puedan explotar hasta su máximo nivel para que de esta forma tengan la capacidad de hacerle frente a situaciones desfavorables en la vida diaria (González et al., 2008; Cardozo, Aldrete, 2009).

El procedimiento para ejercer una óptima resiliencia debe ser constante y no tiene como objetivo buscar la satisfacción de terceros, por el contrario se basa en el bienestar propio (Anzola, 2003).

De acuerdo a una investigación realizada por González et al., 2008) se encontró que la resiliencia prevalece en el sexo masculino, dado que tienden a la autonomía, por otro lado el sexo femenino es resiliente cuando cuenta con el respaldo de su contexto social.

4.3 Atención primaria como medida de prevención.

Se abordará el tema de atención primaria y prevención debido a que el taller busca evitar conductas poco favorables para los hijos de mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia.

Así mismo, la **psicología enfocada a la salud**, juega un papel muy importante en el bienestar del ser humano, la que se define como:

La suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud (Matarazzo, 1980, p. 15).

Entre las aportaciones que se hacen a las ciencias de la salud, Amigo, Fernández y Pérez (1998), determinan cuatro puntos sobre el quehacer de la psicología de la salud los cuales se describen a continuación:

1. Promoción y mantenimiento de la salud (mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales).
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos, aprendizaje de nuevos estilos de vida).
3. Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de salud o de la enfermedad).

4. Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud, recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud (Oblitas, 2009).

Por lo tanto, entre los objetivos de la Psicología de la Salud se encuentran, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, por ello es importante hablar del papel que desempeña la **atención primaria** en este fenómeno, la cual entendemos como:

La asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad (OMS, 2016c).

Está compuesta por dos estrategias, la prevención y la promoción de la salud. El objetivo de éstas es obtener un progreso en la salud de las personas, dependiendo su grado de intervención ya sea a corto, mediano o largo plazo (Redondo, 2004).

La promoción de la salud se refiere a las conductas, recomendaciones o intervenciones que se dan a las personas y a la sociedad para el progreso de la calidad de vida en cuestiones de salud, con la finalidad de brindarles herramientas para hacerlos responsables de su bienestar y así reducir la probabilidad de morbilidad y mortalidad (Manual CTO Oposiciones de Enfermería, 2008; Norma Oficial Mexicana, 1999).

La prevención por su parte, funge como interventora por medio de sus distintos niveles. Consiste en la implementación de normas y disposiciones las cuales impiden que la enfermedad se haga presente. Dentro de sus funciones está el promocionar la salud,

diagnosticar y atender oportunamente a un paciente, así como intervenir en su rehabilitación para eludir posibles daños a futuro. Es decir, se fomentan estilos de vida sanos para las personas durante su desarrollo y crecimiento, no se basa únicamente en intervenir una vez que se da el padecimiento (Manual CTO Oposiciones de Enfermería, 2008; Redondo, 2004).

Cuando tiene como principio el cambio de conducta en los individuos, contribuye al sondeo de los elementos que actualmente dirigen el comportamiento, esto da paso a la práctica de acciones viables que permitan aumentar el nivel de salud en las personas (Rodríguez y Echemndia, 2001).

Al realizar un proceso de intervención debemos tener en cuenta que el cambio debe contemplarse desde un plano individual o psicológico y social, varía de acuerdo al tipo de persona y medio social en donde se lleva a cabo; algunos individuos van a adoptar de manera inmediata estos cambios preventivos debido a que se apegan a sus forma de vida, con ellos solo bastará proporcionarles más información sobre el bienestar. Sin embargo, existirán otros con dificultades de aceptación a las propuestas y pueden sentirse atacados, así que tomarán conductas de defensa, como negación a atenderse, dejando como resultado conductas que atenten contra su salud. De esta forma se estaría dando un efecto reversivo al que busca la prevención (Rodríguez y Echemndia, 2001).

“Hay tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En cada uno de ellos, se generan acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad” (Redondo, 2004, p.14).

A continuación se explicarán brevemente en la **Tabla 12**.

Tabla 12.

Niveles de prevención

	Primario	Secundario	Terciario
Concepto	Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo	Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición	Se trata de minimizar los efectos adversos ocasionados a su organismo a consecuencia de su enfermedad; facilita la adaptación de los enfermos a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las de la enfermedad
Objetivo	Disminuir la incidencia de las enfermedades	Reducir la prevalencia de la enfermedad	Mejorar la calidad de vida de las personas enfermas
Etapas de la historia natural de la enfermedad	Prepatógeno: exposición a factores de riesgo, y en él desempeñan un papel importante los elementos que favorecen la susceptibilidad del huésped para padecer la enfermedad	Patogénico: antes de las manifestaciones clínicas y depende de las condiciones del medio ambiente, el agente y el huésped	De resultados: consecuencias del avance de la enfermedad inducida por los agentes causales (muerte, incapacidad, situación de enfermedad crónica o curación)
Actividades	Promoción de la salud (a personas) Protección de la salud (sobre el medio ambiente)	El núcleo fundamental de actividades lo forman los programas de detección	Tratamiento para prevención de secuelas Rehabilitación física, ocupacional, psicológica
Ejemplos	Vacunación Uso de condones para la prevención de E.T.S. y SIDA Programa educativo para enseñar cómo se transmite el dengue	Prueba del Talón a los recién nacidos Toma de Papanicolau	Educación, control y tratamiento del diabético para evitar complicaciones de su enfermedad Terapia física al enfermo con secuelas de accidente vascular cerebral

(Redondo, 2004)

Por lo tanto, entendemos que:

La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en esta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud) (Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 13).

4.4 Prevención del embarazo en la adolescencia a nivel gobierno.

Con base en todo lo que se ha explicado en esta tesis, el embarazo adolescente se deduce como un factor de alto riesgo, por eso es necesaria la implementación de políticas de salud y orientación adecuada de la sexualidad, brindarles herramientas para hacerlos responsables de su actividad sexual, que tengan como finalidad disminuir los casos de embarazo en la adolescencia, los cuales representan un riesgo para la salud y así generar una mejor calidad de vida a estas mujeres, oportunidades de desarrollo para ellas y para su futura familia (Peláez, 1997; CONAPO, 2013).

El apoyo de las implementaciones políticas de salud no sólo debe estar enfocada a proveer de métodos anticonceptivos a las adolescentes; es necesario brindar apoyo de tipo psicológico, en donde se fortalezca la autoestima, se desarrollen habilidades para la vida, así como la mejora de las relaciones sociales-familiares, las cuales fomentarán la autonomía para tomar la decisión de tener o no una relación sexual (OMS, 2012b).

En México existen diversos programas enfocados a la prevención del embarazo, CONAPO (Consejo Nacional de Población), establece el 27 de Septiembre como día de la prevención del embarazo no planificado en adolescentes, cada uno de estos programas desarrolla distintas estrategias que buscan detener el incremento de la tasa de embarazos en adolescentes, brindando información; otros se enfocan en apoyar económicamente a estas jóvenes que están asumiendo la maternidad, a continuación se mencionan algunos:

Programas de prevención primaria, secundaria, terciaria del embarazo adolescente y promoción de la salud.

En la **Tabla 13** se describen algunos programas nacionales de apoyo, respecto al embarazo durante la adolescencia.

Tabla 13.

Programas nacionales sobre embarazo adolescente.

Nombre	Objetivos	Nivel de prevención o promoción
Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)	Reducir el número de embarazos en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos, a través de estrategias de información virtuales y campañas de comunicación e información.	Primaria
PROMAJOVEN. Becas de apoyo a la educación básica de madres jóvenes y jóvenes embarazadas. Programa Nacional de Becas (SEP)	Otorgar becas a niñas y jóvenes en contexto y situación de vulnerabilidad agravada por el embarazo y la maternidad temprana para el acceso permanencia y conclusión de la educación básica	Terciaria (económico)
JUVENIMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social)	Informar a jóvenes sobre temas como salud reproductiva, prevención o atención a la obesidad, adicciones, embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual.	Primaria Promoción de la Salud
Canasta Alimentaria a Madres Adolescentes. Secretaría de Desarrollo Social. Consejo Estatal de la mujer y bienestar. (Estado de México)	Favorecer el acceso de alimentos de las mujeres menores de 20 años de edad en estado de gestación o madres de uno o más hijos a través del otorgamiento de canastas alimentarias. Prevenir embarazo subsecuente Cursos de capacitación para el trabajo	Secundaria Terciaria (Recursos alimenticios)
Consejo Nacional de Población (CONAPO-Gobierno de la República)	Consejo nacional de población para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes e infecciones de transmisión sexual. Campaña 2014 “Es tu proyecto de vida, es tu vida, es tu futuro. ¡Hazlo seguro!” “Se trata de prevenir, es tu vida, es tu futuro. ¡Hazlo seguro!” Por medio de audios, comerciales y carteles.	Primaria y promoción de la salud
Prevención del Embarazo Adolescente mediante sensibilización a Jóvenes. (Estado de México)	Permite examinar con atención las ventajas y desventajas de la ideología de un embarazo a temprana edad y las repercusiones en su desarrollo físico y mental. Mediante conferencias	Primaria

<p>Atención Integral a la Madre Adolescente (A.I.M.A) (Estado de México)</p>	<p>Generar alternativas que conduzcan a las madres adolescentes a planear su vida futura en las mejores condiciones de productividad social; así como proporcionar educación sexual y reproductiva. Formar madres responsables y mejorar el estado de salud físico y mental de las madres adolescentes. Apoyar la incorporación a la vida laboralmente productiva, a través de capacitación laboral.</p> <p>Mediante Talleres</p>	<p>Secundaria Terciaria</p>
<p>Programa para la Protección y el Desarrollo Integral de la Infancia (Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia. DIF)</p>	<p>Promoción, orientación, capacitación y divulgación de información relativa a la salud, riesgos psicosociales (adicciones y embarazo adolescente), trabajo infantil, explotación sexual, migración, situación de calle, participación infantil y buen trato.</p>	<p>Primaria Secundaria Terciaria</p>
<p>PLANIFICATEL (Consejo Nacional de Población y el Instituto Mexicano del Seguro Social)</p>	<p>Sistema de atención telefónica de información y orientación. Ofrecer información clara, sencilla y pertinente sobre salud sexual y reproductiva y canalizar a los usuarios a las instituciones de salud y organismos de la sociedad civil que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos o a bajo costo.</p>	<p>Primaria</p>

4.5 La propuesta de un taller como diseño de intervención.

Un taller, “es una metodología participativa en la que se enseña y se aprende a través de una tarea conjunta” (Carteaga, Sica, Cirillo y Da Luz, 2006).

Es una herramienta útil para enseñar y aprender por medio de la realización, las experiencias de las participantes tienen una gran influencia para que se adquiera el aprendizaje, sin dejar a un lado los aportes teóricos que los encargados pueden dar; los participantes tienen un problema en común y se busca la participación activa de los participantes.

Entre las habilidades que se desarrollan al participar en un taller, están: el desarrollo cognitivo, operativo, relacional (saber escuchar, planificar con otros, tolerar las opiniones de los demás, aprender a coordinarse con otros, tomar decisiones de manera colectiva, sintetizar, diferenciar entre información relevante y no relevante...) por lo cual se transforma en un método de aprendizaje (Carteaga et al., 2006).

CAPÍTULO 5. MÉTODO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.

El desarrollo del ser humano consta de diversas etapas, las cuales determinan la formación de la identidad a lo largo de su vida. Papalia (2010) refiere que:

La adquisición de habilidades y capacidad para afrontar el resto de la vida, se adquieren en la niñez. Sin embargo, la adolescencia es una etapa en la cual se deben encontrar maneras para utilizar dichas herramientas. Si éstas no se utilizan de manera adecuada, o las oportunidades se ven limitadas, las conductas de riesgo son más propensas (p.390).

“Los adolescentes en México representan el 25% de la población total y entre sus principales problemas de salud destacan los accidentes, la farmacodependencia, el embarazo no deseado y los suicidios” (Mora y Hernández, 2015, p.80).

Al hablar de embarazo en la adolescencia, podemos decir que “En México, el 20% de los nacimientos anuales se presentan en madres menores de 20 años” cabe mencionar que este porcentaje va en aumento si comparamos que en el año 2000 los nacimientos correspondientes a mujeres de 15 y 19 años representaban el 15.7% y en 2013 esta proporción ascendió a 16.3%. Por esta razón, es importante prestar atención a los riesgos implicados en el embarazo de las mujeres adolescentes debido a que intervienen aspectos de tipo social y económico, así como en la salud ya que generalmente no llevan los cuidados adecuados que tendrán gran importancia en etapas posteriores (Mora y Hernández, 2015; México Social,

Marzo, 2016). El aumento de embarazos en la adolescencia se ha convertido en uno de los principales factores de riesgo, dicha situación pone en riesgo ambas vidas (Ortiz, Borre, Carrillo, Gutiérrez, 2006).

Aspectos como la educación, proyectos de vida, relaciones sociales y culturales, así como la economía también se ven afectados. “El 11% de las jóvenes que abandonan la educación media superior, lo hacen a causa de un embarazo no planeado o no deseado” (Zamora, 2014). Por lo que convertirse en madre o padre a temprana edad, crea una situación de vulnerabilidad. La falta de preparación para esta nueva responsabilidad, las características propias del desarrollo en esta etapa de adolescencia, la nueva adopción de roles de género tradicionales y la pérdida de vivencias y adquisición de conocimientos propios de dicha etapa en los padres adolescentes, son características que suelen tener efectos negativos en los hijos de las adolescentes, exponiéndose de esta forma a condiciones adversas (Secretaría de Educación Pública, 2012).

El adolescente se ve forzado a acelerar procesos en su vida, “al tener que construir una identidad culturalmente precoz de madre o padre adolescente, que puede afectar de manera directa o indirecta la crianza de sus hijos” al asumir el rol de padres deben brindar apoyo para la socialización de sus hijos. Sin embargo, estos adolescentes se encuentran aún en el mismo proceso, pues todavía dependen de manera inherente de la sociedad y de su familia (Jordán, 2015).

Por lo tanto, “el hecho de asumir responsabilidades en momentos inadecuados, así como actitudes propias de la adolescencia frente a la maternidad, pueden provocar

desequilibrios y crisis físicas, emocionales o sociales” (Secretaría de Educación Pública, 2012). Esto da como resultado posibles conflictos durante la crianza hacia sus hijos, siendo más probable que se presente el maltrato y la violencia a los menores (Jordan, 2015).

Con base en todo lo leído se decide investigar a una población con estas características (7 mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia, respecto a sus necesidades de crianza), todo por medio de entrevistas para posteriormente elaborar la propuesta de un taller.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de esta tesis, es la propuesta del diseño de un Taller que brinde herramientas que contribuyan al ejercicio de una óptima crianza de los hijos de mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las necesidades de crianza de estas mujeres desde su propia experiencia.
- Reflexionar acerca de las pautas de crianza que llevan a cabo con sus hijos.
- Obtener información sobre los Estilos de Crianza, sus implicaciones y consecuencias.
- Brindar herramientas que permitan mejorar la forma en que están ejerciendo su rol maternal.

METODOLOGÍA.

El presente trabajo se llevó a cabo mediante un Diseño de Investigación no experimental de tipo cualitativa. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2006), en él se “utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación” (p.8).

Sus características son que: no busca la réplica, se conduce básicamente en ambientes naturales, los significados se extraen de los datos y no se fundamenta en la estadística. Tiene un proceso inductivo, recurrente, analiza la realidad subjetiva y no tiene secuencia circular. Sus beneficios son profundidad de ideas, amplitud, riqueza interpretativa y que contextualiza el fenómeno (p.2).

Taylor y Bogdan (1987) consideran que en la investigación cualitativa es inductiva. Es importante que el investigador observe a las personas de manera holística, además de relacionarse con ellos sin invadir su espacio, mediante entrevistas o conversaciones, de manera que vivencie la realidad de los participantes. El investigador debe dejar a un lado las creencias y perspectivas propias, ya que no se busca la verdad o moralidad, sino intentar comprender la realidad de las personas estudiadas.

El proceso para llevar a cabo la propuesta del diseño del taller se basó en una metodología cualitativa de **investigación-acción**.

En 1944, Kurt Lewin establece este método como una investigación que une “el enfoque experimental de la ciencia social con programas de acción social”, con el objetivo de crear respuestas ante las problemáticas que vivía la sociedad en ese entonces (Martínez, 2000).

Este método se define como: “una forma de estudiar, de explorar, una situación social, con la finalidad de mejorarla, en la que se implican como “indagadores” los implicados en la realidad investigada” (Suárez, 2002).

Para Lewin, la investigación acción consiste en un análisis-diagnóstico de un problema, reunir información sobre ésta, conceptualizar información, diseñar estrategias que ofrezcan una solución de implementación y evaluación del mismo (Martínez, 2000).

A partir de las citas previas se describen las etapas de investigación-acción (Martínez, 2000) y así mismo las de este trabajo:

Etapas 1. Diseño General del Proyecto: Se busca un acercamiento hacia la problemática, con la finalidad de delimitar un esquema para la investigación, el contexto y los recursos necesarios.

- Observación en el DIF Xochimilco de la concurrencia de mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia y qué tanta atención recibía esta población. Conocer qué las llevaba a asistir al área de Psicología así como tener el acceso para trabajar con ellas.

Etapas 2. Identificación de un Problema Importante: Se realiza una identificación de las problemáticas más importantes que el investigador busca solucionar (Martínez, 2000).

- En un primer acercamiento con estas mujeres se identifican sus necesidades respecto a la crianza, así como la demanda de atención personalizada o talleres como herramientas para apoyar a sus hijos.

Etapa 3. Análisis del Problema: El análisis permitirá entender lo más importante del problema así como sus causas y consecuencias de una manera más estructurada, posibilitando la definición y planteamiento de forma más adecuada. Se identifican las dificultades y las soluciones a éstas. Posteriormente, se realiza un análisis crítico de la información que las personas ofrecen y finalmente se hace una reformulación del problema más concisa, para que mediante la reflexión se obtengan posibles soluciones.

- De acuerdo con la detección de las necesidades, el tipo de población y sus características, se llevó a cabo una investigación bibliográfica (marco teórico) en donde se obtuvo conocimiento a profundidad del tema. Una vez que se tiene esta información, se considera importante que las mujeres lo conozcan.

Etapa 4. Formulación de Hipótesis: Después de obtener una variedad de posibles hipótesis de solución, se eligen las más adecuadas para hacer frente a la problemática en cuestión.

- Estilo de crianza permisivo en estas mujeres, debido a su corta edad.

Etapa 5. Recolección de la Información necesaria: El tipo de instrumento para la recolección de la información dependerá de cada investigación y de las hipótesis planteadas, éstas pueden ser: notas, audios, videos, cuestionarios y observación participativa.

- En esta investigación se decide obtener esta información de manera más personalizada y a profundidad, por medio de una entrevista semiestructurada para la cual se realizó una convocatoria en la que se invitaba a mujeres que se habían

convertido en madres durante la adolescencia (de los 15 a los 19 años) a participar en esta investigación. En la cual asistieron 7 mujeres que acudían al DIF Xochimilco.

La **entrevista semiestructurada** se define como aquella “conversación que tiene una estructura y un propósito [...] busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias” (Álvarez, 2003, p.109).

En la investigación cualitativa las entrevistas semiestructuradas tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas, está permitida cierta flexibilidad en cuanto al orden de los temas y las preguntas conforme vaya guiando el entrevistado (Álvarez, 2003).

Kalev (1996) propone algunos elementos para la comprensión de las entrevistas cualitativas: entre ellos está el significado, que se refiere a descubrir e interpretar el significado de los temas centrales en el mundo del investigado, la descripción de diversos factores de la vida de las personas, especificidad que implica descripciones de situaciones específicas, y no opiniones generales, focalización, centrarse en determinados temas, por mencionar algunos (como se cita en Álvarez, 2003).

A continuación se expone la guía de preguntas a las mujeres participantes:

- ¿Qué nos puedes decir acerca de tu adolescencia?
- Nos podrías comentar tu experiencia sobre tu embarazo. ¿Qué significó para ti, estar embarazada?
- ¿Cómo te adaptaste a esa nueva etapa de tu vida?
- ¿Cuándo consideras que comenzaron las dificultades para educar a tu hijo?

Etapa 6. Categorización de la Información: La información que se ha rescatado anteriormente deberá clasificarse en categorías de forma estructurada. Es decir, sintetizando

la información obtenida, en ideas o conceptos. Las categorías son los “datos cualitativos”, del material interpretado por el investigador.

- Una vez concluidas las entrevistas se llevó a cabo el análisis del contenido por medio del programa ATLAS. ti 7. Este software organiza, reagrupa y gestiona el material textual de manera sistemática, arrojando categorías que el usuario ingresa para el análisis del mismo. Dicho programa aparece por primera vez en 1993 y la versión 7, sale a la luz en el año 2012.

Ya que se transcribieron dichas entrevistas se utilizó la técnica de “análisis del discurso” para interpretar el contenido referido por la población.

El análisis del discurso es una herramienta en donde es posible “analizar el texto como el producto dinámico de un juego de relaciones sociales en el que los hablantes despliegan estrategias discursivas, explotan el significado implícito de las proposiciones de sus enunciados y en el que los oyentes deben apelar a ciertos conocimientos enciclopédicos para comprender el sentido y la intención de dichos enunciados” (Sayago, 2014). Se realiza en tres etapas de acuerdo a Iñiguez (2000):

a) Es necesario que primero se defina el proceso a analizar para poder construir la parte principal del análisis. Posteriormente, se establece una pregunta que responda a lo que se quiere investigar, tomando en cuenta el contexto social y la intertextualidad (la cual se refiere a que todos los discursos se relacionan con otros).

b) Para realizar el análisis, es necesario elegir lo más importante del discurso, especialmente buscar elementos que ejemplifiquen y expresen de manera clara la práctica del tema, reconociendo lo más importante referente a la pregunta.

c) Finalmente se realiza el análisis puro. Es necesario transcribir la información detalladamente en caso de que la información se haya obtenido verbalmente; es decir mediante conversaciones o entrevistas.

Etapa 7: Estructuración de las Categorías: Dentro de esta etapa se integran las categorías o ideas. “El fin de la estructuración es crear una imagen representativa, un guión o patrón coherente, un modelo teórico o una auténtica teoría o configuración del fenómeno estudiado. Este modelo, por ello, tiene que estar en máxima consonancia con la naturaleza del fenómeno en estudio [...]” (Martínez, 2000, p.29).

- Después de haber realizado el análisis detallado de cada entrevista se obtuvieron cuatro categorías principales de las cuales surgieron veinte subcategorías con ayuda del programa ATLAS.ti 7. En el apartado de resultados se describirán ampliamente los temas que tuvieron mayor frecuencia en las entrevistas:

Adolescencia

1. Antecedentes de cuidados maternos
2. Tiempo de relación con el padre, previo al embarazo
3. Ejercicio consciente de la sexualidad
4. Configuración familiar
5. Primera pareja sexual
6. Ambiente familiar y social en la adolescencia
7. Embarazo como salida del núcleo familiar
8. Educación sexual

Embarazo

9. Aceptación del hijo/a por la madre
10. Aceptación del hijo/a por el padre
11. Decisión de continuar con el embarazo/quienes influyen
12. Estado emocional antes y durante el embarazo
13. Residencia durante y después del embarazo/ decisión del lugar de residencia

Periodo Posnatal

14. Redes de apoyo posnatales para cuidados del bebé
15. Responsabilidad del padre
16. Estilos de crianza que ellas adoptan
17. Delegar o perder funciones parentales
18. Estabilidad-Inestabilidad de la pareja durante y después del embarazo
19. Apoyo para continuar estudios

Necesidades

20. Necesidades parentales/qué necesitan como madres

Etapa 8. Diseño y Ejecución de un Plan de Acción: Posteriormente se elabora un plan de acción, el cual deberá llevar una secuencia lógica de pasos incluyendo aspectos como:

Cuándo va a ser implementado, cómo y dónde, los pro y los contra de cada paso, los objetivos finales que se desean lograr, los obstáculos que hay que superar, los medios alternos y recursos que se necesitarán, las posibles dificultades que se pueden interponer en el camino y cómo se superarán, los factores facilitadores o inhibidores

de los procesos y la evaluación que se utilizará para apreciar el nivel del logro programado (Martínez, 2000).

- Con base en el marco teórico, el análisis de las entrevistas y los servicios que solicita esta población, se diseña un taller que se adapte a las necesidades de estas mujeres.

Etapa 9. Evaluación de la Acción Ejecutada: En esta etapa lo más importante es saber si nuestra propuesta de intervención responde a las necesidades de la problemática investigada, es decir, si hubo o no solución.

Debido a que el objetivo de esta investigación es la propuesta del diseño de un taller, se tomaron en cuenta 8 de los 9 puntos que expone la investigación-acción según Martínez 2000, a continuación se describen las fases con las que se realizó este trabajo.

PARTICIPANTES

Mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia (15 a 19 años), las cuales acuden al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en la delegación Xochimilco, con la finalidad de solicitar atención psicológica para ellas y/o sus hijos/as.

ESCENARIO

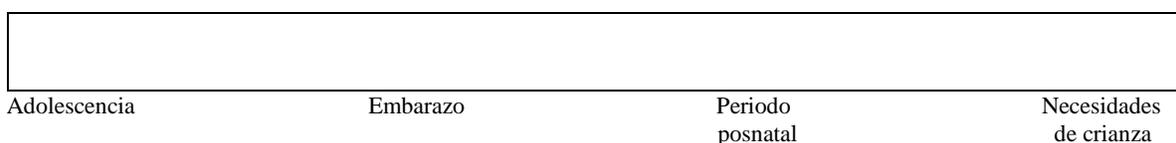
Participarán mujeres que acuden al Centro de Desarrollo Comunitario, que pertenece al Sistema de Desarrollo Integral de la Familia DIF Xochimilco.

MATERIAL

Nombre	Descripción	Cantidad
Lap top	Necesaria para proyectar las presentaciones de Power Point que contienen la información teórica.	1
Cañón	Necesario para proyectar los videos y las presentaciones que contendrán la información para los padres	1
Pizarrón	Necesario para anotar las explicaciones de las técnicas que se darán a las participantes	1
Bocinas	Para que los participantes puedan escuchar y entender los videos que ejemplifican los estilos de crianza	1 par
Hojas blancas y de colores	Son necesarias para las dinámicas que se tienen planeadas	20 aproximadamente
Lecturas (casos clínicos)	Redacciones de una cuartilla con ejemplos de la vida diaria de cómo pueden aplicar las técnicas de manejo conductual	5 diferentes y se repartiran por parejas
Videos	Fragmentos tomados de películas, programas de televisión o caricaturas con los que se busca ejemplificar los estilos de crianza y sus repercusiones	De 3 a 4 videos
Bloques de construcción para niños	Objetos de plástico de colores, para formar figuras	40 piezas

RESULTADOS

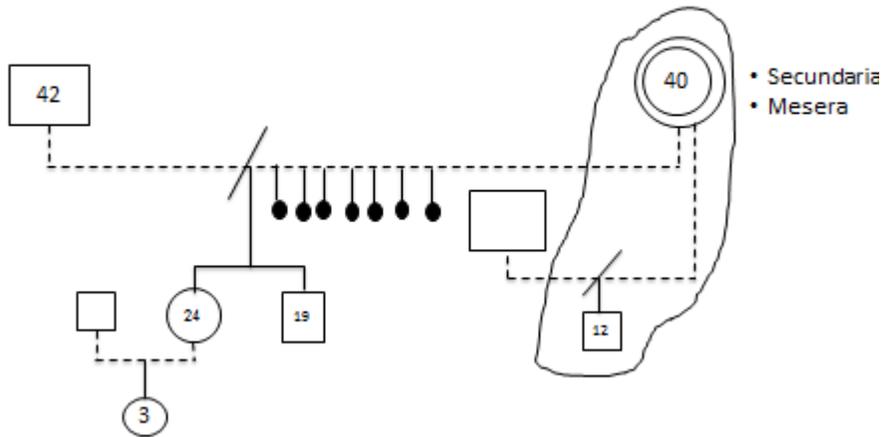
Las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual, mediante el uso de grabación de audio, con el previo consentimiento informado de las 7 participantes. El proceso de indagación en la entrevista, se dividió en cuatro rubros y periodos.



Para iniciar, se abordó el tema de la **adolescencia** de las mujeres. Con el objetivo de conocer el ambiente en el que se desarrollaron tanto familiar como social, incluyendo las dificultades y redes de apoyo con las que contaban. Posteriormente, el **proceso de embarazo**, la aceptación del mismo y el estado emocional que presentaron. Se consideró importante incluir el **periodo posnatal**, con la finalidad de indagar las nuevas responsabilidades que tenían como madres así como la relación con su pareja. Finalmente, **las necesidades de crianza** que presentaron y presentan como madres jóvenes.

Los datos generales de las participantes se muestran en los siguientes familiogramas:

1. R



Motivo de consulta: Retomar comunicación y afecto con hijos mayores y saber expresar emociones de manera correcta con su hijo menor.

Dinámica familiar: 1er pareja. Alcoholismo. 2da pareja. Drogadicción, alcoholismo y violencia.

2. A



Motivo de consulta: Saber establecer control y límites con su hijo

Dinámica familiar: Estabilidad y comunicación.

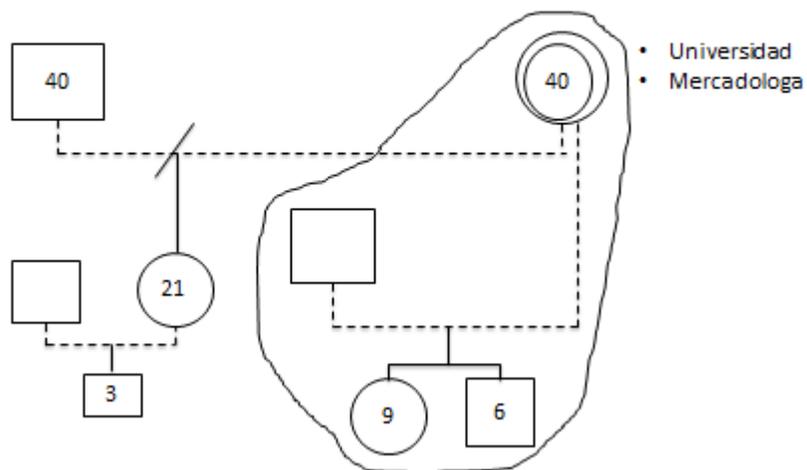
3. C



Motivo de consulta: Establecer límites con su hijo y aprender a mantenerlos.

Dinámica familiar: Infidelidad y violencia física.

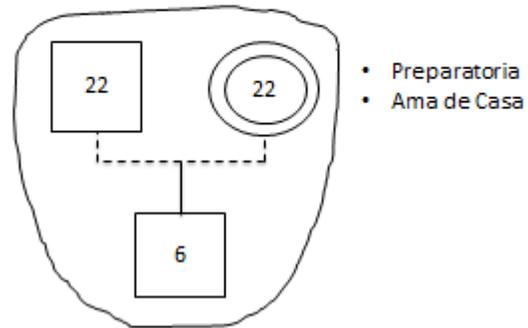
4. S



Motivo de consulta: Tener herramientas para mejorar la crianza de sus hijos.

Dinámica familiar: 1era pareja. Infidelidad y discusiones. 2da pareja. Comunicación y estabilidad.

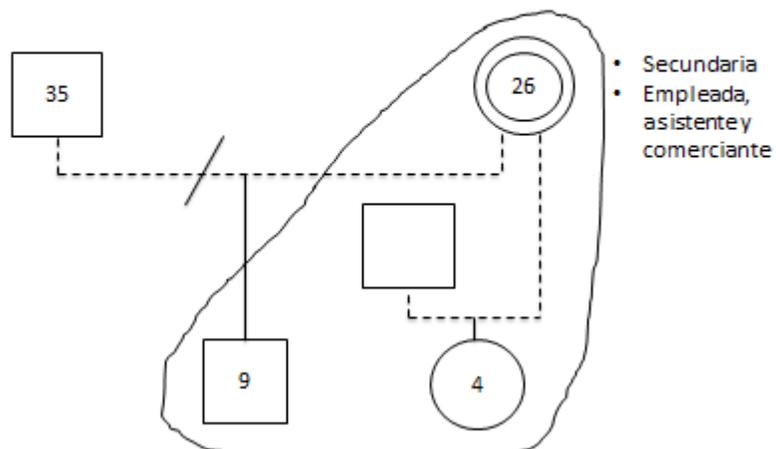
5. P



Motivo de consulta: Controlar a su hijo para que la obedezca.

Dinámica familiar: Inestabilidad, dificultad para establecer autoridad

6. M. A

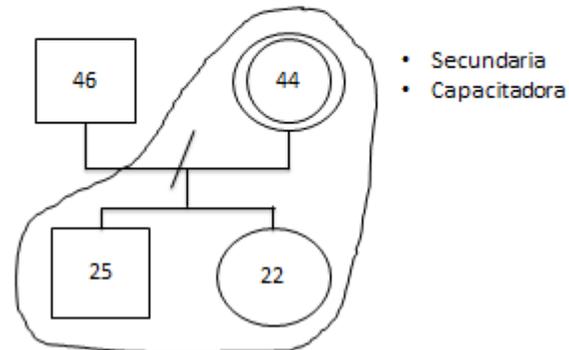


Motivo de consulta: Recuperar autoridad con hijo mayor

Dinámica familiar: 1era pareja. Violencia física y psicológica, drogadicción y alcoholismo.

2da pareja. Estabilidad.

7. M.A



Motivo de consulta: Conocer sobre la crianza.

Dinámica familiar: Alcoholismo y violencia

Todas las participantes se embarazaron en la adolescencia media (14-18 años), según la clasificación de García (2009).

La multiparidad no se presentó en estas mujeres como consecuencia de un embarazo a corta edad, como se encontró en la literatura (México Social, 2016).

La edad de las mismas oscila entre los 21 y los 44 años. Como se observa, presentan variedad de escolaridad, desde primaria hasta licenciatura, pero es importante resaltar que, quienes alcanzan un mayor nivel de estudios obtienen un trabajo más estable y remunerado.

ANÁLISIS DE CATEGORÍAS

Categorías	Subcategorías	Definición	Ejemplo
Adolescencia	1-Antecedentes de cuidados maternos:	La adquisición de roles de cuidados maternos a corta edad con hermanos o hermanas menores que ella.	<p><i>R: “Las dos grandes cuidábamos a los dos chicos. Mi hermana iba en la mañana a la escuela y se ocupaba de una, yo iba a la escuela en la tarde me ocupado del otro, que igual íbamos dos y dos. Entonces, como que ya guisábamos, ya lavábamos y hacíamos quehacer y me creía la mamá, dije: ¡uy! si me juntó y es cualquier cosa ¿no?, y pues no, me embarazo luego luego”</i></p>
	2-Tiempo de relación con el padre, previo al embarazo:	Tiempo estimado de noviazgo entre las adolescentes y sus parejas.	<p><i>R: “En el transcurso de la secundaria”</i> <i>A: “2 meses”</i> <i>C: “2 o 3 meses a lo mucho”</i> <i>S: “Me hice novia del padre de mi hija, duramos un año de novios y me embarace”</i> <i>P: “3 años”</i> <i>M.A.: “Al mes y medio de salir con él yo ya estaba embarazada”</i></p>
	3.Ejercicio consciente de la sexualidad:	Grado de conciencia que poseen sobre lo que implica su sexualidad, tanto el conocimiento de su propio cuerpo y los procesos del mismo, así como la responsabilidad que implica tener relaciones sexuales.	<p><i>P: “La verdad yo no sabía que podía estar embarazada, ya había iniciado mi periodo en sexto año pero ya en primero y segundo no me bajo, entonces yo dije; yo creo que ya, así como que mi pensamiento fue; yo creo que no me puedo embarazar. Y una vez nos animamos y dijimos; ¡no, claro que no puede pasar!, y como yo no sentía nada”.</i></p> <p><i>A.M.: “Porque yo sí quería un bebé, pero como que no lo visualizaba tan real. Yo me empecé a cuidar, al primer día yo me asuste por lo mismo de que no lo tenía planeado. Pero después de ahí que pasó mi primer regla, me empecé a</i></p>

	4. Configuración familiar:	Quiénes eran los integrantes que conformaban su familia durante la adolescencia y el por qué estaba integrada de esa forma.	<p><i>cuidar con la inyección y creo que era una para tres meses, luego pastillas. No quede embarazada de Julio hasta Febrero. Cuando yo decidí no cuidarme, que fue cuando quedé embarazada de mi primer bebé a los 18 exactos”.</i></p> <p><i>M.A.: “Tenía problemas en casa, mi mamá me corrió de mi casa por su esposo, tuve que venir a vivir con mi abuela”.</i></p> <p><i>S: “Pues mis papás siempre se han llevado bien, de hecho acaban de cumplir 40 años de casados, de repente era así; te voy a dar permiso, y ¡pum!, se pasaban la bolita, no, pídele permiso a tu mamá. ¡Ah no!, pídele permiso a tu papá, y así. Con mis hermanos, a mi hermano el más chico le llevo diez años...”</i></p>
	5. Primera pareja sexual:	Si el embarazo en la adolescencia fue producto de la primera pareja sexual.	<p><i>S: “...nunca se me había alborotado la hormona y no sé porque con este tipo vino y se me alborotó la hormona si además ni era lo que yo quería”.</i></p> <p><i>P: “...3 años, era la primera vez que teníamos relaciones sexuales”.</i></p> <p><i>A.M.: “Mi vida sexual la comencé exactamente a los 18 años, cumplí en abril, iba a cumplir 19 la primera vez que tuve sexo con el que fue mi marido”.</i></p>
	6. Ambiente familiar y social en la adolescencia:	Conocer el tipo de interacción que había dentro del contexto en el que se desarrollaban, así como la estabilidad o inestabilidad, la presencia de violencia,	<p><i>M.A.: “Bueno, fue difícil estaba bajo circunstancias de presión, con problemas en mi casa, con problemas en la escuela, con trabajos, tuve que presentar extraordinarios para poder sacar la secundaria. Hice mi examen para la prepa una vez, el segundo ya no lo presente porque ya estaba embarazada de mi hijo y</i></p>

	<p>7. Embarazo como salida del núcleo familiar:</p> <p>8. Educación Sexual:</p>	<p>ausencia de comunicación, entre otras características.</p> <p>Opción de embarazarse como escape consciente o inconsciente de un ambiente aversivo.</p> <p>Que tanta información conocían estas mujeres en su adolescencia respecto a sexualidad; principalmente relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y cambios en la pubertad.</p>	<p><i>básicamente era una vida de conflicto en el modo de vida, en el estilo de vida, todas las cuestiones que yo tenía a mi alrededor”.</i></p> <p><i>“Tenía problemas en casa, mi mamá me corrió de mi casa por su esposo que habíamos tenido problemas, tuve que venir a vivir con mi abuela, busque trabajo, empecé a conocer gente, conocí al papá de mi hijo una persona obviamente mayor”.</i></p> <p><i>A: “...mi mamá tenía un carácter muy fuerte y no quería estar ahí, también fue mi oportunidad para salirme de mi casa”</i></p> <p><i>M.A.: “...realmente fue una salida falsa, pero pues a final del día las consecuencias me siguen hasta el día de hoy y es con la responsabilidad de mi hijo”.</i></p> <p><i>“...el esposo de mi mamá abusó de mí, cuando yo le comenté la cuestión, fue: ¡es tu culpa y aquí no te quiero!, y mi abuelita pues lo que hizo fue: vente para acá, pero pues ella tenía que cuidar a su esposo, obviamente no tenía la capacidad de poder hacerse cargo de una adolescente que estaba buscando, que lo que quería era salir y así fue efectivamente, busque salidas, incorrectas”.</i></p> <p><i>P: “La verdad yo no sabía que podía estar embarazada, ya había iniciado mi periodo en sexto año pero ya en primero y segundo no me bajo, entonces yo dije: yo creo que ya, así como que mi pensamiento fue, yo creo que no me puedo</i></p>
--	---	---	---

		Proporcionados por la escuela o por sus cuidadores.	<i>embarazar. Y una vez nos animamos y dijimos no, claro que no puede pasar, y como yo no sentía nada”.</i>
Embarazo	9. Aceptación del hijo/a por la madre:	Se refiere a la forma en la que la adolescente reacciona ante su embarazo, es decir que tanto lo desea tener y la manera en la que asimila el haberse embarazado.	<p><i>R: “...al principio yo no quería a ese bebé, yo le decía a él: ¡es que no!, ya no voy a ir a la escuela, ya me voy a dedicar a la casa. Ósea ya como que me empezaba a caer el veinte y me deprimía mucho”.</i></p> <p><i>“...en el embarazo no quería, pero ya al verla el amor crece y dije: ¡sí la quería!, lo que pasa es que no quería que fuera así mi vida”</i></p> <p><i>A: “...pues no lo creía, no me caía el veinte. Creo que hasta que nació me cayó el veinte como que no tenía mi chip bien. De hecho, en mi embarazo si me la pase como, ¿qué voy a hacer? Y cuando nazca, pensé que todo iba a ser muy bonito y que el bebé iba a estar callado todo el día y pues no”.</i></p>
	10. Aceptación del hijo/a por el padre:	Si el padre acepta o no el embarazo.	<p><i>R: “Él siempre me dijo que él sí quería tener el bebé y si yo no lo quería cuando naciera, que se lo dejara”.</i></p> <p><i>A: “Como que él siempre pensaba a futuro: si estás embarazada podemos abortar o podemos tenerlo. Nunca dijo: es tu bronca.</i></p> <p><i>C: Psicóloga: ¿Cómo tomó la noticia José? C: “Feliz, yo creo que contento”. Psicóloga: ¿Los dos lo deseaban? C: “Sí”.</i></p>

<p>11.Decisión de continuar con el embarazo/quienes influyen:</p>	<p>Factores que inciden en la mujer adolescente para aceptar o continuar con su embarazo.</p>	<p><i>A: "...confusión, no lo quería, no lo quería ver. Y también, yo creo que no lo aborté por miedo. No me veía abortando... Toda la decisión fue mía, y pues ya de plano...lo voy a tener".</i></p> <p><i>S: "Me sentía responsable de traerlo al mundo, yo decía: ¡ay no!, ¿qué tal y después quiero tener hijos y ya no puedo?, me pesaba mucho esa cuestión...moral, religiosa, de todo lo que pueda haber si abortaba".</i></p>
<p>12.Estado emocional durante el embarazo:</p>	<p>Emociones y sentimientos que experimentan las adolescentes durante su embarazo.</p>	<p><i>R: "...estaba enojada, me pegaba en el estómago y pues decía: ¡es por tu culpa! Pasó esto por esto, estaba enojada y lloraba, pues no sabía si era más mi coraje o porque ya no podía hacer lo que yo quería hacer".</i></p> <p><i>A: "Si me sentía deprimida, como que no era lo que quería. Y ya después me di cuenta que era lo que tenía y dije: mejor hacia adelante, en lugar de quedarme todavía en mi depresión y seguir pensando en que hubiera sido de mi vida si no hubiese tenido a mi hijo".</i></p> <p><i>S: "Lo viví contenta dentro de lo que cabe, porque el primer paso de decirle a mi papá ese fue el que me costó trabajo. Cuando mi papá ya lo anunció a sus hermanos no tuve problemas, me sentí aceptada, me sentí querida. En la familia de él, iba a llegar la niña y mi suegra siempre quiso a una niña, muy relajada, no tuve dificultades".</i></p> <p><i>A.M.: "...a pesar de que vivía con mi mamá y mis hermanas yo me sentía muy sola, sumamente sola, sentía que no había nada ni nadie alrededor de mí".</i></p> <p><i>R: "Yo salí de la secundaria y en vez de ir a la escuela, me fui a vivir con él.</i></p>

	13. Residencia durante y después del embarazo/decisión del lugar de residencia:	Lugar en el que la mujer se establece a vivir durante su período de embarazo y posterior a este.	<p><i>A: “nos enteramos en noviembre y a finales de diciembre ya estaba yo con él, en su casa”.</i></p> <p><i>S: Psicóloga: ¿te embarazas y vas a vivir con él? S: “Vivimos con su familia, su mamá y con su hermano que es casi de la edad de mi hermano”.</i></p>
Período Posnatal	14. Redes de apoyo posnatales para cuidados del bebé:	Personas que se encontraban apoyando o instruyendo a las adolescentes durante la etapa posterior al embarazo, con cuidados y responsabilidades del bebé.	<p><i>R: “Cuando llega M todo el mundo me ayudaba, la suegra, mi mamá, las cuñadas y me decían cómo hacerlo y si me dejaba guiar por qué me daba miedo que le pasara algo a ese bebé”</i></p> <p><i>“...mi suegra fue la que más estuvo, mi mamá muy poco. Y ella me decía cómo tenía que agarrarla y si, era muy obediente. Me gustaba agarrarla, me gustaba bañarla, darle biberón”.</i></p>
	15. Responsabilidad del padre:	Se aborda el compromiso, las obligaciones y cuidados que el padre adquiere o no hacía el bebé.	<p><i>R: “Cuando ellos ya crecieron, empiezo a trabajar en fines de semana, por qué yo veía que mi marido no era bien portado, pero ante sus hijos ¡él siempre! Cuando llegó Óscar también, lo que tenía Óscar era que era muy chillón, y él se enojaba: ¡es que tiene mamitis!, decía, trae pegadas las faldas. Y se enojaba, por qué el niño lloraba mucho, o yo no estaba y se enojaba con ellos, pero pues como peleábamos mucho, decía: ¡yo mejor me voy!... se llevaba a mis hijos y se salía”.</i></p> <p><i>C: “Yo con su papá no platicaba sobre los problemas de mi hijo, por lo mismo que no tenía apoyo. Pero saqué mis propias conclusiones, tome mis propias decisiones, con él no contaba para nada. Entonces yo decía no tiene caso que hable con él. Yo me imaginaba que por la agresividad que había en mi hogar, tal vez por eso Cris era así. No podía imponer mucha regla, por qué el papá lo</i></p>

	<p>16.Estilos de crianza que ellas adoptan:</p>	<p>Tipo de comunicación, apoyo, límites y afecto que las madres llevan a cabo con sus hijos.</p>	<p><i>agredía y a la vez lo consentía, por la culpa o que se yo. Después de que le pegaba, le daba nalgadas y así, luego luego lo abrazaba y le pedía perdón”.</i></p> <p><i>A: “De pronto me cuesta trabajo manejarlo por qué como es hijo único, lo consiento demasiado. Todo lo que me pide se lo doy, trato de que no haga berrinches muy rápido, mi interés es poder controlarlo, que ya no sea tan berrinchudo, encontrar la forma por qué tampoco me gusta pegarle”.</i></p> <p><i>“...cuando está conmigo pues no, ya me tomo la medida: ¡mamá cómprame esto! Y si he hablado con él: tú no sabes si tengo el dinero o si traigo dinero para comprarlo...pero bueno, termino comprándolo. Siento feo el no comprárselo y mi marido es más duro: ¡dije que no te lo compro y no te lo compro, así chilles y patalees no te lo compro!”.</i></p>
	<p>17.Delegar o perder funciones parentales:</p>	<p>Se indaga sobre que tanto asumieron la responsabilidad de criar a sus hijos o si dejaron estas obligaciones a cargo de alguien más en algún momento de su vida.</p>	<p><i>M.A.: “...porque pues tanto yo delegue la responsabilidad, como mi abuela la tomo, perdí contacto con él, tanto yo delegue la responsabilidad con mi hijo con su bisabuela y por eso ahora él le dice “mamá” a mi abuela”.</i></p> <p><i>“Mi abuela es la que está al pendiente por qué yo procuraba por las noches darle de comer...se iban, hacían cosas, yo no podía porque tenía que ir a la escuela y después trabajar. Para mí pareja y para mí era como no tener hijo...”.</i></p>

	18. Estabilidad-Inestabilidad de la pareja durante y después del embarazo:	Tipo de relación que la madre adolescente estableció con su pareja en el período de embarazo y posterior a este.	<p><i>S: Psicóloga: Con él papá de tú hija ¿Cómo era la relación?. S: “Nunca fue buena, era una persona muy mentirosa, lo peor de todo era que yo lo sabía y la bruta fui yo, sabía que era una persona que mentía, es mitómano el hombre y yo le creía. Nunca nos llevamos bien porque si de repente alguien pasaba y le hacía ojitos él también le hacía ojitos, pues a mí eso no me gusta”.</i></p> <p><i>“Era por cuestiones de dinero, yo siempre he sido muy explosiva, lo agredía, le decía que era un huevón, después de que nació A, las peleas eran porque no llegaba con el dinero completo a la casa, a él todo se le hacía tan fácil, pedirle dinero a la mamá y que ella nos mantuviera. Lo que más recuerdo, es un día que estaba trapeando y me hizo enojar así que le aventé la cubeta de agua en la cara, yo decía no puede ser que no te cae el veinte”.</i></p>
	19. Apoyo para continuar estudios:	Personas que fungieron como facilitadores para que estas adolescentes continúen con su formación académica.	<p><i>M.A: “...mi abuela siempre fue como darnos más, ella nos procuraba y cuidaba, él cubría las necesidades básicas, lo que teníamos más era de ella. Por qué entonces yo entré a la escuela en el SENDA 2000, implicaba una colegiatura, un gasto de material, cosas y era ella quien lo compraba”.</i></p>
Necesidades de la crianza	20. Necesidades parentales/ ¿Qué necesitan como padres?:	Las dificultades con las que se han encontrado o se encuentran estas mujeres respecto a la crianza de sus hijos, expresadas por ellas mismas.	<p><i>R: “...el cambiar mi afecto hacia él (hijo), ser más expresiva. Por qué si lo quiero, lo amo, pero no quiero que sea débil”.</i></p>

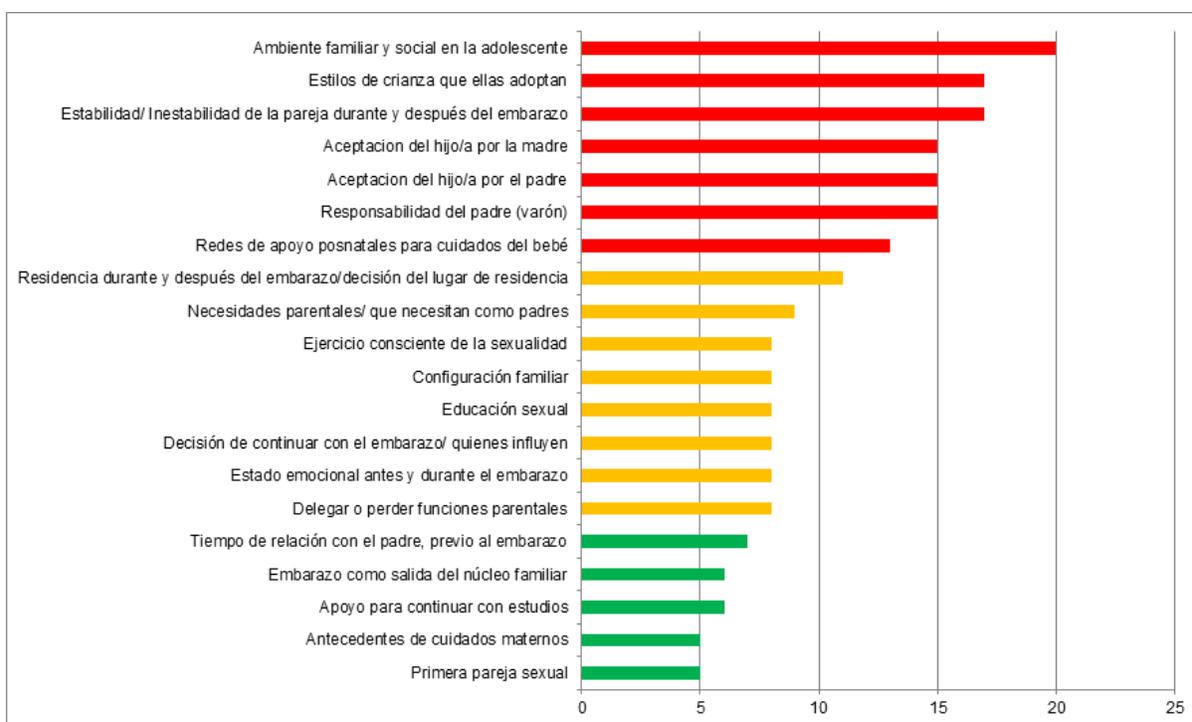
			<p><i>A: “mi interés es poder controlarlo, que ya no sea tan berrinchudo, encontrar la forma por qué tampoco me gusta pegarle”.</i></p> <p><i>C: “No sé si sea la edad o de su trastorno que está en una etapa de rebeldía tremenda, en esa cuestión de que miente, no le gusta seguir órdenes, no le gustan las reglas ni las órdenes. Ahorita mi mayor problema con él es eso”.</i></p> <p><i>M.A.: “los problemas de conducta que tiene, de disciplina, es por todo ese apego que le faltó. Lo que quiero recuperar y tal vez me cuesta trabajo porque él ya no me mira como una autoridad”.</i></p>
--	--	--	---

Se realizó el análisis de la fundamentación de las citas de acuerdo a cada categoría. Es decir, la frecuencia en que las participantes mencionan algún suceso referente a cada categoría, como aparece en la **Tabla 14** que aparece a continuación.

Tabla 14.

Nombre de la categoría	Fundamentación
Ambiente familiar y social en la adolescente	20
Estilos de crianza que ellas adoptan	17
Estabilidad/Inestabilidad de la pareja durante y después del embarazo	17
Aceptación del hijo/a por la madre	15
Aceptación del hijo/a por el padre	15
Responsabilidad del padre (varón)	15
Redes de apoyo posnatales para cuidados del bebé	13
Residencia durante y después del embarazo/ decisión del lugar de residencia	11
Necesidades parentales/ que necesitan como padres	9
Ejercicio consciente de la sexualidad	8
Configuración familiar	8
Educación sexual	8
Decisión de continuar con el embarazo/ quienes influyen	8
Estado emocional antes y durante el embarazo	8
Delegar o perder funciones parentales	8
Tiempo de relación con el padre, previo al embarazo	7

Embarazo como salida del núcleo familiar	6
Apoyo para continuar estudios	6
Antecedentes de cuidados maternos	5
Primera pareja sexual	5



Con base en las categorías y subcategorías del análisis de los resultados, aquellas que se encuentran en la gráfica con un color rojo, son los temas que se mencionaron con mayor frecuencia durante las entrevistas, las de color amarillo en menor cantidad pero aun así con cierto grado de prevalencia y finalmente las de color verde fueron las de menor frecuencia.

De acuerdo con el análisis de frecuencia de las categorías, se establecen los siguientes temas para la propuesta del taller divididos en seis sesiones:

Propuesta de Taller:

“Aprendiendo habilidades para la crianza de mis hijos”.

Durante la identificación del problema en esta comunidad, se detectó la necesidad de atención psicológica solicitada por los usuarios, por esta razón se decide brindar herramientas de prevención e intervención a través de un Taller, el cual posee grandes beneficios como el aprendizaje e intercambio de experiencias y reflexiones en grupos pequeños, además de brindar atención a un mayor número de personas en un período corto de tiempo.

El objetivo general de esta propuesta de Taller consiste en generar la reflexión en estas mujeres acerca de las pautas de crianza que llevan a cabo con sus hijos, brindar herramientas para mejorarla así como prevenir factores de riesgo que influyan en la vida del niño.

De acuerdo al contenido y análisis de frecuencia de las categorías, se establecen los siguientes temas para la propuesta del taller divididos en seis sesiones que se justifican de la siguiente manera:

Sesión 1: Habilidades parentales (crianza y estilos de crianza).

Es necesario profundizar en la amplitud del tema de crianza debido a que es el cimiento para el bienestar de los hijos/as, además de ser el entrenamiento y formación por parte de sus padres y cuidadores (conocimientos, actitudes, creencias, alimentación, ambiente y aprendizaje) (Eraso, et. al., 2009). Esta sesión surge con las necesidades parentales que expresan las entrevistadas, el estilo de crianza que adoptan ya que parece no tienen claro como ejercer su rol de crianza, los estilos y sus consecuencias. Se tomó en cuenta la categoría de ambiente familiar y social del adolescente, si bien lo dice González y Estupiñan (2010), que comúnmente estas mujeres repiten conductas que la cultura les ha inculcado, relacionado con cuidados, soporte emocional y afectivo, es necesario prevenir o modificar conductas negativas que hayan ejercido.

Sesión 2: Funciones parentales (familia y técnicas).

Las principales funciones parentales son: afecto, comunicación, apoyo en procesos de desarrollo cognitivo/madurez y control (Salles y Ger, 2011), tema que resalta en las subcategorías de estilos de crianza y necesidades parentales, donde mencionan con frecuencia la incapacidad para establecer límites y expresar afecto.

Por voz de las mujeres se sabe que presentan ambivalencia emocional en sus relaciones como aparece en la subcategoría de Estabilidad/inestabilidad de la pareja después del embarazo, aspecto que puede generar dificultades en la relación familiar. La mayoría provenía de ambientes hostiles en donde predominaba el autoritarismo tal como se encontró en ambiente familiar y social en la adolescente, como menciona Mora y Hernández (2015), un contexto

familiar adverso puede considerarse factor de riesgo en el futuro del niño, con esta sesión se busca reflexionar y prevenir la repetición de estos ambientes.

Se sabe que las participantes provienen de una configuración familiar distinta, por ello es necesario mostrar que no es una situación que influye en el mal ejercicio de la crianza, por el contrario deben tomar los recursos con los que cuentan para enseñar a sus hijos a superar posibles adversidades (Salles y Ger, 2011).

Así mismo, podemos ver que estas categorías aparecen como escalas rojas y amarillas, con un nivel de concurrencia elevado en las entrevistas.

Sesión 3: Aceptación del hijo y Autoridad materna/paterna.

Para la realización de esta sesión se tomó en cuenta la decisión de continuar con el embarazo y el estado emocional antes y durante el embarazo ya que se encontró una estrecha relación con la aceptación del hijo/a por la madre y padre, debido a que las respuestas giraban en torno al rechazo donde en ocasiones tiene como consecuencia delegar el rol materno o ser permisivas, además de no tener la certeza de que en la actualidad exista aceptación a su hijo/a. Se pretende que esta temática sea reflexiva, motivo por el cual se decide colocarla en esta sesión, ya que exista mayor cohesión en el grupo.

Se observa que algunas de las participantes delegan su rol materno a terceras personas (subcategoría: delegar o perder funciones parentales), en ocasiones por continuar estudios (apoyo para continuar estudios), en otras por vivir en casa de algún familiar (residencia durante y después del embarazo) o porque las personas que las apoyan asumen el papel materno en lugar de instruir las (redes de apoyo posnatales para el cuidado del bebé).

Situación que frustra a las adolescentes o les complica la relación con sus hijos al querer retomar su maternidad o ejercer autoridad sobre ellos (Riedmann, 2004; Maldonado y Micolta, 1999).

Sesión 4: Compartiendo responsabilidades.

Se consideró importante la creación de una sesión en la cual se aborden temas relacionados a la co responsabilidad entre madre y padre en la crianza, debido a que en las entrevistas, las responsabilidades de afecto, comunicación y apoyo las llevan a cabo las mujeres, en los hombres predomina encargarse únicamente del aspecto económico (estilos de crianza, antecedentes de cuidados maternos y responsabilidad del padre). Como González (2011) menciona el equilibrio, estabilidad y equidad en las responsabilidades entre padre, madre y familia son necesarios porque van a beneficiar a futuro en el entorno del niño, creando un ambiente positivo y con grandes aprendizajes.

Sesión 5. Comunicación en familia.

Las adolescentes poseen menor asertividad con sus hijos (Aldana y Atkin, 1997). Esta premisa es el motivo principal para considerar una sesión con el objetivo de mostrar la comunicación más efectiva con sus hijos, además se encuentra ligada a todas la funciones parentales, y se considera el principal factor de protección como sustenta Zolten, Logan, (1997) y Ramírez (2005), dar explicaciones genera respeto y confianza en los niños, haciendo que se perciban como seres importantes. Las entrevistas arrojaron que este proceso no se lleva a cabo de manera adecuada en la mayoría de las participantes (estilos de crianza y necesidades parentales).

El análisis de las categorías tiempo de relación con el padre y embarazo como salida del núcleo familiar, sugieren ser un factor de riesgo importante en la vida de estas mujeres y sus hijos, debido a la ausencia de comunicación con sus padres principalmente, para evitar repetir patrones (Gómez, 2016 y Nava, 2009), tal como lo expresa una de nuestras entrevistadas:

“Ah bueno, también como mi mamá me tuvo chica, sentía que repetía patrones, como que siempre me quede con esa creencia de repetir patrones. Entonces decía: si mi mamá hizo esto, yo también. También siento que eso influyó algo...además que ella también luego me lo decía: ¡los patrones se repiten! Cuando salí embarazada me dijo: ¡no repitas mi historia!, y yo: no, yo si lo voy a hacer y lo voy a hacer bien y mejor que tú”

Por último, se considera introducción a la temática de la siguiente sesión, educación sexual.

Sesión 6: Educación sexual.

Se llegó a la conclusión de abordar este tema tomando en cuenta cuatro de las subcategorías ubicadas en color amarillo y verde:

Ejercicio consciente de la sexualidad, educación sexual, primera pareja sexual y tiempo de relación previa al embarazo, a pesar de que no fue mencionado con frecuencia, es importante retomarlo debido a que Sayago (2014) sustenta que en el análisis del discurso es adecuada la integración de toda la información que el entrevistado refiere. Así mismo, se consideró ser un tópico de suma importancia hablando de embarazo prematuro como tema principal. Se decidió dejarlo para el final ya que habrá más cohesión en el grupo y los temas para abordar aún tienen cierto tabú en esta población.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.



“Propuesta de taller sobre habilidades de crianza dirigido a mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia”.

Cárdenas Camacho Stefania y Roldan Escamilla Norma Alejandra

CARTA DESCRIPTIVA.

Institución: DIF Xochimilco	Dirigido: a mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia	Sesiones: 6
Objetivo general: reflexionar acerca de las pautas de crianza que llevan a cabo con sus hijos/as. Obtener información sobre los Estilos de Crianza. Sus implicaciones y consecuencias. Tener herramientas que permitan mejorar la forma en que están ejercitando su rol parental.	Lugar: área de psicología	Horas: de 6 a 7 horas aproximadamente

Sesión	Tema	Objetivo	Actividades	Tiempo	Material
1	Habilidades parentales (crianza y estilos de crianza)	Cohesionar al grupo para generar participación con el objetivo de construir conceptos como, crianza y la información que brindarán las ponentes	a) Presentación ponentes b) Presentación mamás, dinámica “conociéndonos”	5 min 10 min	Cañón Laptop

			(En parejas hablar sobre ellas, nombre, edad, que les gusta, expectativas)		Pizarrón Plumones
			c) Lluvia de ideas para definir crianza	5-10 min	
			d) Presentar videos sobre estilos de crianza	20 min	
			e) Presentación en power point sobre crianza	15 min	
			f) Reflexión	10 min	
2	Funciones y técnicas parentales Familia	Ampliar el concepto que las asistentes perciben sobre la familia, tomando en cuenta las funciones de cada uno de los integrantes. Introducir el constructo de prácticas de crianza y las características que ello implica	a) Dinámica "árbol familiar" Las participantes llevan fotos de su familia y diseñan un árbol genealógico y se presenta a los demás, las ponentes explican la importancia de las familias para la crianza de los hijos y que no importa el tipo de familia que se posea	15 min	Hojas de color Cartulinas Cañón Laptop Pizarrón Plumones Lecturas Tijeras
			b) Presentación en power point sobre parentalidad, funciones y técnicas de control conductual en los niños	20 min	
			c) Lectura de casos para consolidar lo que aprendieron	20 min	
			d) Reflexión	10 min	
3	Autoridad materna y paterna	Sensibilizar a las participantes sobre su experiencia de maternidad en la adolescencia, aunado a la responsabilidad que esto conlleva	a) Aceptación (foro de comentarios con la pregunta ¿Cuál fue tu experiencia al haberte convertido en madre?	20 min	

			<p>¿A qué renunciaste al ser madre durante la adolescencia? y ¿Qué rescatarías de este acontecimiento en tu vida?</p> <p>b) Dinámica del dibujo con instrucciones ambivalentes ¿A quién le hao caso?</p> <p>c) Exposición por parte de las ponentes sobre las consecuencias de una crianza ambivalente</p> <p>d) Reflexión</p>	<p>15 min</p> <p>20 min</p> <p>10 min</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Colores</p> <p>Cañón</p> <p>Laptop</p>
4	Compartiendo responsabilidades	Conocer la importancia que tiene la equidad y el desempeño de ambos padres en la crianza de los hijos	<p>a) Dinámica “Ideales de pareja de antaño”</p> <p>b) Realización de la dinámica: Función ¿padre, madre o ambos?</p> <p>c) Lectura de reflexión</p> <p>d) Reflexión de la sesión</p>	<p>15 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>	<p>Plumones</p> <p>Pizarrón</p> <p>Hojas de color</p> <p>Copias de la lectura</p> <p>Laptop</p> <p>Cañón</p>
5	Comunicación en la familia	Resaltar la importancia de llevar a cabo una comunicación asertiva en la familia, principalmente con sus hijos, esto como factor de protección	<p>a) Llevar a cabo la dinámica, Te escucho, ¿te entiendo?</p> <p>b) Realizar la dinámica Construyendo la torre</p> <p>c) Exposición en power point por parte de las ponentes sobre comunicación y asertividad</p>	<p>20 min</p> <p>15 min</p> <p>15 min</p> <p>10 min</p>	<p>Bloques de construcción de plástico</p> <p>Cañón</p> <p>Laptop</p> <p>Vasos</p> <p>Plastilina</p>

			d) Reflexión grupal de la sesión		Palos de madera
6	Hablando sobre sexualidad	Brindar un panorama general acerca de lo que implica la sexualidad, además de concientizarlas de que son un factor de protección con base a la comunicación	a) Dinámica: sexo, género y sexualidad b) LAS ACTIVIDADES POSTERIORES PARA ESTA SESIÓN SE LLEVARÁN A CABO CON BASE EN LAS DUDAS OBTENIDAS POR LAS PARTICIPANTES ACERCA DEL TEMA E SEXUALIDAD. LAS CUALES SE RECOLECTARÁN EN LA SESIÓN 3	15 min	Plumones Cartulinas

DISCUSIÓN.

El objetivo principal de esta tesis consistió en la elaboración de un Taller de prevención primaria, secundaria y terciaria, que ofrezca recursos a las mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia para mejorar su crianza.

Para el diseño del taller se realizó una investigación de tipo cualitativa la cual se caracteriza porque los significados se obtienen de los datos, no se fundamenta en la estadística, se contextualiza el fenómeno y es inductivo.

Se elaboró una búsqueda bibliográfica en donde se abordó la adolescencia, embarazo y crianza, además de la recolección de información por medio de entrevistas a mujeres que fueron madres en la adolescencia, en la que se encontró que:

Algunas características que pueden o no presentar las personas durante la adolescencia son, la necesidad de autonomía tanto afectiva como económica, como se encontró en esta investigación (Secretaría de Salud, 2002 y González y Nahoul, 2014). Otra característica que va ligada a la anterior es el inicio de la pubertad que despierta el impulso sexual, tal como lo manifestaron todas las participantes. Al tratarse de un impulso, no se ejerce con responsabilidad este descubrimiento sexual, acompañado de sentimientos de invulnerabilidad y omnipotencia, también resignifican el constructo del amor, generalmente se idealiza a una persona y posteriormente predomina la razón y desaparece la ilusión (Piaget, 1992).

La presencia de estas características comunes en dicha etapa, aunado a la existencia de factores de riesgo tiene como consecuencia la realización de conductas que afecten su bienestar futuro, como el embarazo a corta edad.

Por otra parte, la crianza incluye varias funciones, afecto, control, comunicación, unión familiar y estilo educativo (Oliva, 2015), la ausencia o carencia de uno de ellos puede significar peligro para la adolescente. Otros factores de este tipo, como un estilo de crianza autoritario o permisivo en donde prevalecía la represión, violencia, falta de atención y apoyo, que se encontraron en las participantes durante su adolescencia, así como lo menciona la literatura (Herrera, 1999 y Oliva, 2006). Por otra parte, se encontró que el acoso o abuso sexual dentro de casa también funge como un factor importante de riesgo para embarazarse, como se menciona en los resultados (Merino y Rosales, 2011).

En relación a la composición familiar, no hubo una característica que predominará en todas las participantes para involucrarse en un factor de riesgo, por ejemplo ausencia del padre, segundo matrimonio de la madre, que vivieran con abuelos, etcétera, por lo cual la configuración familiar no es un factor que determine las conductas de riesgo como lo mencionan Salles y Ger (2011).

La literatura ha señalado de forma consistente que los factores de riesgo en la adolescencia están ligados a posibles causas de embarazos a temprana edad lo cual coincide con lo obtenido en esta investigación.

Los datos recabados en las entrevistas señalan que las y los adolescentes que inician su vida sexual a temprana edad con poca información sobre métodos anticonceptivos está

relacionada con la escasa o nula comunicación con padres o cuidadores, motivo por el cual no logran asumirla con responsabilidad (Gómez, 2016 y Secretaria de Salud, 2013).

Ninguna de las participantes llevó a cabo un plan para tener un hijo con su pareja, en cuanto al uso de métodos anticonceptivos podemos decir que algunas no tuvieron acceso a ellos y otras, a pesar de tenerlos no los usaban de manera correcta o simplemente no los utilizaron, por lo tanto, los resultados de esta investigación comprueban que no existe un acuerdo previo entre la pareja adolescente para procrear, por el contrario este hecho ocurre ante la ausencia de métodos anticonceptivos o el inadecuado uso de éstos (Álvarez, et. al, 2012).

Durante esta investigación se encontró que el embarazo puede ser una salida del núcleo familiar debido a diferentes motivos, los cuales corresponden con la literatura:

Algunas mujeres carecían de atención y afecto por parte de sus padres, e incluso se les asignaban tareas maternas que no iban de acuerdo a su edad. Como se encontró en Nava (2009) y Stern (2004), la ausencia de los padres/madres en casa, debido a la necesidad de laborar, ocasiona que las jóvenes tengan sentimientos de soledad y vacíos emocionales buscando compensar esta ausencia en personas externas a su núcleo familiar que las satisfagan afectivamente.

Otra razón que dieron las entrevistadas fue el escape o huida de un ambiente hostil, en donde prevalecía el abuso o acoso sexual así como mencionan Rosales e Iriyoyen (2013).

Los resultados de esta investigación comprueban que la presencia de antecedentes de maternidad en la adolescencia dentro de las familias de estas jóvenes puede influir para que ocurra un embarazo durante la adolescencia, es decir, repetir el embarazo a corta edad de generación en generación, como lo exponen en sus investigaciones Gómez (2016) y Nava (2009).

Al presentarse el embarazo, frecuentemente surge la confusión de decidir tenerlo o interrumpirlo, hecho que depende de diversas situaciones y personas, esto confirma lo dicho por (Cárdenas et. al., 2004), la decisión de tenerlo depende en gran parte del apoyo de la pareja, pero según las entrevistas realizadas, también influye, la reacción familiar, deseo de tener un hijo, aspectos morales/religiosos y cuestiones ajenas a ellas; como tiempo de gestación avanzado y la ineficacia de métodos abortivos.

Como consecuencia del embarazo en algunos casos, se crean uniones precipitadas teniendo repercusiones importantes en la estabilidad familiar posterior (Cárdenas, et. al, 2004; Salazar, et. al 2008), aspecto que se confirma en las entrevistas; separaciones, violencia, falta de comunicación y adicciones.

Es común que estas jóvenes asuman una crianza permisiva, falta de control o no se involucren por completo en la relación madre-hijo, como se observó en las necesidades expresadas por las participantes; búsqueda de la disciplina constante, el establecimiento de control/límites claros y la adquisición del rol materno, ligado a lo que exponen Traveso, Pierina (2007) y González y Estupiñan (2010).

La investigación arroja que el tipo de crianza dependerá en gran medida de la aceptación del hijo/a por él y la adolescente, ante la interrupción de sus planes a futuro, el temor a la nueva responsabilidad así como la inmadurez de los jóvenes, lo que concuerda con lo dicho por Díaz, et. al (2004), Martínez (2009), Mora y Hernández (2015).

Los aspectos que influyen en la crianza, mencionados por las entrevistadas es el lugar de residencia, debido a que todas acuden a vivir con la familia de su pareja o con la propia, restándoles la posibilidad de autonomía para corregir a su hijo, confirmado por Maldonado y Micolta (1999). Igualmente la continuación de estudios o necesidad de laborar, interfiere en la responsabilidad total que estas mujeres adquieren con sus hijos, teniendo como consecuencia delegar las responsabilidades y roles, acontecimientos que en un futuro para algunas provoca sentimientos de frustración y complicaciones para retomar sus funciones maternas, relacionadas con las necesidades que expresan cada una de las entrevistadas (Riedmann, 2004).

CONCLUSIÓN.

Actualmente nos encontramos inmersos en un contexto social, donde la información sobre sexualidad ha ido adquiriendo mayor difusión y las personas tienen mayor acceso a métodos anticonceptivos. A pesar de contar con estos recursos, los embarazos continúan teniendo un alto nivel de incidencia entre los y las jóvenes, como refiere México Social (2016), el 20% de los nacimientos anuales se presentan en madres menores de 20 años, este porcentaje va en aumento si comparamos que en el año 2000 los nacimientos correspondientes a mujeres de 15 y 19 años representaban el 15.7% y en 2013 esta proporción ascendió a 16.3%, tal como se encontró en la muestra que participó en este proyecto, quienes forman parte de dicha estadística, teniendo factores en común que influyeron para que se generara esta situación; falta de comunicación con los padres, ambientes hostiles, desconocimiento o inadecuado uso de métodos anticonceptivos y antecedentes de cuidados maternos.

El embarazo en edades prematuras surge como consecuencia de la exposición a diversos factores de riesgo. El que predomina dentro de esta investigación, es la poca o nula comunicación entre cuidadores e hijos, propiciando que las adolescentes perciban su sexualidad como un tabú del que no se habla dentro del núcleo familiar, aunado a la desinformación a nivel individual que presentan estas adolescentes, a pesar de las medidas preventivas que ha tomado el gobierno. Esta situación refleja la importancia que tiene la familia para propiciar o truncar el desarrollo de los seres humanos.

En un ambiente familiar hostil, que ponga en riesgo la integridad de la joven, donde prevalece la violencia, discusiones, se imponen roles que no corresponden a la edad, además de

situaciones como acoso, abuso o desconfianza, conlleva a tomar decisiones impulsivas y precipitadas de embarazo con la finalidad de huir o escapar a través de este.

Es de suma importancia mencionar que la composición familiar no va a determinar que se dé o no el embarazo durante esta etapa, sino influirá la interacción de los mismos. Es decir, el ambiente (positivo o negativo) que se genere dentro de este núcleo.

Ahora bien, existen algunos casos en donde las adolescentes, a pesar de su corta edad, tienen el deseo de procrear y utilizan el embarazo como realización personal. Se encontró que en 6 de las participantes, el embarazo ocurre en las primeras relaciones sexuales independientemente del tiempo de duración con la pareja.

Dicho acontecimiento dificulta el desarrollo de la adolescente en todas sus esferas; cognitivas, sociales, emocionales y biológicas, por ende la crianza de sus hijos/as se torna complicada debido a la falta de madurez de los componentes antes descritos, situación que las lleva a depender económicamente de sus familias o la de sus parejas, postergando y obstaculizando la autonomía de las jóvenes.

La residencia con los padres dificulta la crianza del hijo de la adolescente ya que la necesidad de continuar estudiando o laborar resta la posibilidad de ejercer funciones parentales y en ocasiones delegan el rol materno, de esta forma se complica la interacción entre la adolescente y su hijo.

Las necesidades de crianza encontradas en las participantes coinciden con las mencionadas en la literatura, tales como; dificultad para establecer su rol materno así como de retomarlo

en caso de que se haya delegado y establecer disciplina en sus hijos. Agregando la falta de control que refieren la mayoría de ellas.

Podemos concluir que, en las participantes predomina el estilo de crianza permisivo como se planteó en la hipótesis al inicio de la investigación, se encontró que este estilo tiene una estrecha relación con las características típicas del adolescente como ambivalencia, dificultad en control de impulsos, no preocupaciones y falta de visión al futuro, teniendo como consecuencia una crianza ausente de orden, disciplina y normas, bajo nivel de control, las cuales son características de la permisividad.

Respecto a las parejas de las entrevistadas podemos decir que, contrario a lo que se piensa, los hombres asumieron su responsabilidad en los 7 casos, incluso la mayoría decide residir en casa de los padres de él, repitiendo patrones de género; ellos, trabajan y son proveedores y ellas se queden en casa durante el embarazo.

Además, se crean uniones precipitadas para las cuales no están listos ninguno de los dos debido a características de la adolescencia de acuerdo a Horrocks (1984), Aberastury y Knobel (1994) como; impulsividad, ambivalencia emocional, carecen del análisis de situaciones y posiblemente terminan en separaciones.

Lo que caracteriza a este trabajo es que la propuesta de taller surge con base en las necesidades expresadas por las participantes que concuerdan en su mayoría con lo que dice la literatura, con la particularidad de que al escucharlo por ellas y ubicarnos en su contexto cultural se puede responder de una forma más específica a sus necesidades.

Consiste en abordar tópicos como aceptación, debido a que se obstaculiza su autonomía y el desarrollo normal del adolescente, se encontró que con dificultad aceptan su nuevo rol como madres y esto puede repercutir en la crianza que emplean con sus hijos.

La falta de independencia por el lugar en donde residen después del embarazo (con la familia), debido a su corta edad, conflictúa la adquisición del rol materno y generalmente delegan su maternidad a terceras personas, por eso el taller ofrece herramientas a estas jóvenes para asumir con responsabilidad, autonomía e independencia su maternidad, a pesar de vivir con los padres o suegros y depender económicamente de estos.

Se considera importante en estas mujeres exponer temas referentes a la equidad de género, con la finalidad de incluir a la figura paterna en la crianza y romper con estereotipos relacionados con el cuidado de los hijos.

Así también, Mora y Hernández (2015) argumentan que las adolescentes pueden adaptarse a su maternidad y a este nuevo futuro con redes de apoyo sólidas tanto familiares como sociales que les enseñen a asumir sus nuevas responsabilidades.

Complementando lo anterior, sugerimos la intervención en etapas previas a la adolescencia en donde se fomente la comunicación bilateral con padres como factor de protección.

Por otra parte cuando el embarazo se ha dado, es importante capacitar a los padres del adolescente para continuar criando a su hija y al mismo tiempo enseñarles a asumir sus nuevas responsabilidades.

Además, ofrecer a la adolescente información referente a los estilos de crianza, implicaciones y consecuencias que sus conductas tendrán en el futuro de su hijo, con ayuda de un equipo multidisciplinario de salud, entre ellos el del psicólogo, quienes se encuentren inmersos en estas temáticas para comprender su situación, la etapa de desarrollo en la que se encuentran y así crear conciencia sobre el papel que tiene en la maternidad.

Es importante resaltar, que a nivel gobierno no existen programas que intervengan de esta manera en dicha población.

Dentro de un tema tan extenso como lo es este, siempre se desea que haya un éxito continuo en el mismo; se recomienda a futuros investigadores que contemplen el trabajo con el padre, con la finalidad de conocer su experiencia respecto a esta situación, además de evaluar a los hijos de estas mujeres con el objetivo de realizar una investigación e intervención exhaustiva e integral.

Trabajar directamente con la población resultó muy enriquecedor ya que a través de la narración de sus experiencias, se obtuvo un contacto más cercano, se pudo presenciar la expresión de sus emociones al hablar de este tema (adolescencia, embarazo y crianza) y conocer desde su propia voz las necesidades que consideran tener, complementando en gran medida lo que dice la literatura.

Es importante mencionar que la elaboración de un taller implica una serie de factores como conocer la problemática, detectar las necesidades, conocer la población a la que nos

dirigimos, tener conocimientos teóricos y poder integrarlos con la finalidad de responder a las solicitudes de la población.

REFERENCIAS

Aberastury, A. y Knobel, M. (1994). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.

Aguayo, F.; Kimelman, E. (2012). Paternidad activa. Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Para profesionales del Sistema de Protección Integral a la Infancia Material de apoyo Chile Crece Contigo. Santiago de Chile.

American Psychological Association (APA). (2016). *Orientación Sexual e Identidad de género*. <http://www.apa.org/centrodeapoyo/sexual.aspx>

Aldana, E. y Atkin, L. (1997). Depresión durante el embarazo en adolescentes. *Perinatología Reproducción Humana*. 11 (4), 184-189.

Álvarez, C. (n.d). *El embarazo en la adolescencia*. Panamá; UNFPA.

Álvarez, C., Pastor, G., Linares, M., Serrano, J., y Rodríguez, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Elservier España*. 26 (6), 497-503.

Amaya, J., Barrera C. y Ucrós, S. (2005). *Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y madres de 20 a 29 años en Bogotá*. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 56 (3), 216-224.

Andrade, E. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*. 15 (2), 53-64.

Andrade, P., Peñaloza, R. y Méndez, M. (2013). Prácticas parentales y capacidades y dificultades en preadolescentes. *Revista intercontinental de psicología y educación*. 15 (1), 99-118.

Anzola, M. (2003). La resiliencia como factor de protección. *Educare* 7(22), 190-200.

Arce, L. (1995). *Dinámica familiar con hijos adolescentes. Teoría y metodología para la intervención en familia*. Universidad Nacional de Costa Rica. 89-93.

Atienzo, E., Campero, L., Lozada, A y Herrero, C (2014). *Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención del embarazo en México*. Salud pública en México. 56 (3), 286-294.

Atlantia Search (2014). Reporte cualitativo. Investigación sobre las causas de la deserción escolar en México. De <http://atlantiasearch.com/wp-content/uploads/2014/12/CO-RS-2013-04-Reporte-Deserción-escolar-en-México-1.pdf>

Barrull, E., González, P. y Marteles, P. (2000). El afecto es una necesidad primaria del ser humano. De http://www.biopsychology.org/biopsicologia/articulos/afecto_necesidad_primaria.htm

Blanco, T. (2015) Parentalidades en familias diversas. *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, 2 (148),39-48.

Blos, P. (1975). *Psicoanálisis de la adolescencia*. Segunda edición. México; J. Mortiz.

Burak, S. (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago; Libro Universitario Regional.

Bustos, M. (2013). Factores de resiliencia en adolescentes residentes en un centro de protección de Valparaíso. *Revista de psicología- Universidad Viña del mar*. 2 (4), 85-108.

Cabello, A; Hernández, L. (1997). *El padre en la crianza y el desarrollo infantil*. Biblioteca UAH. Madrid, España.

Campa, M. (2016). *Madres a temprana edad: un futuro en riesgo*.

Capano, A. y Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*. 7 (1), 83-95.

Cárdenas, López y Cortés (2004). El embarazo adolescente y la construcción de identidad. *Revista universidad de Santo Tomás, Colombia*. 1(1), 186-206.

Cardoso, G. y Aldrete, A.M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*. (23), 148-182.

Clavijo, R., Pérez, N., Fernández, C., Junquera, C., Rodríguez, L., Ribes, M., Patiño, M., Alés, M. y González, M. (2008). *Educador de educación especial de la Generalitat valenciana*. (Primera edición). España: MAD.

Climent, G. (2006). *Representaciones sociales, valores y prácticas parentales educativas. Perspectiva de madres de adolescentes embarazadas*. Revista de estudios de género. La ventana. (23). México; Universidad de Guadalajara.

Consejo Nacional de Población. (2013). Día Mundial para la Prevención del Embarazo No Planificado en Adolescentes. De http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/26_de_Septiembre_2013_Dia_Mundial_para_la_Prevenccion_del_Embarazo_No_Planificado_en_Adolescentes?page=1

Crespo, J.M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de investigación en Educación*. 9(2), 91-98.

Cuervo, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Revista Diversitas Perspectivas en psicología*. 6 (1), 111-121.

Cumsille, P. y Ramírez, V. (1999). Evaluación de un programa comunitario destinado a favorecer el desarrollo psicosocial de madres adolescentes y sus hijos. *Psykhé*. 8 (2), 17-29.

Da Dalt De Mangiong, Di Favio de Anglat. (2002). Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares Interdisciplinaria. 19(2), 119-140.

Díaz, G. (2005). La investigación-acción en el primer nivel de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4).

Díaz, A., Sugg, C., Valenzuela, M., (2004). Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. *Revista Sogía*. 11 (3), 79-83.

Díaz, J. (2006). Identidad, adolescencia y cultura. Jóvenes secundarios en un contexto regional. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2 (29), 431-457.

Eddy, L.S. (2014). *La identidad del Adolescentes. Como se construye*. Mesa redonda de salud mental. *Revista de Formación continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2 (2), 14-18.

Eraso, J., Bravo, Y. y Delgado, M. (2006). Creencias, actitudes y prácticas sobre crianza en madres cabeza de familia en Popayán: un estudio cualitativo. *Revista de Pediatría*, 41, (3), 23-40.

Espinar, I., Carrasco, M., Martínez, M. y García, A. (2003). Familias reconstruidas: un estudio sobre las nuevas estructuras familiares. *Clínica y Salud*. 14 (), 301-332.

Esteves, E. (2013). *Los Problemas en la adolescencia: respuestas y sugerencias para padres y profesionales*. Madrid; Editorial Síntesis.

Fernández, D. (2012). Construcción de la Identidad de género en adolescentes chilenas. *Revista de Psicología-Universidad Viña del Mar*. 2 (1), 46-66.

Figueroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levin, M., Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Redalyc*. 21 (1), 66-72.

Fleiz, C., Villatoro, J., Medina, M. E., Alcántar, E., Navarro, C. y Blanco, J. (1999). Conducta sexual en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 22 (4), 14-19.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2011). *¿Mucho, poquito o nada? Guía sobre prácticas de crianza para niños y niñas de 0 a 5 años de edad*. Uruguay.

FONGDCAM (Coordinadora de ONG de desarrollo de la comunidad de Madrid), (s.f.). *Una visión de género... es de justicia. Sistema sexo-género*: 51-76. Recuperado de: http://fondgcam.org/manulaes/genero/datos/docs/1_ARTICULOS_Y_DOCUMENTOS_DE_REFERENCIA/A_CONCEPTOS_BASICOS/CONCEPTOS_BASICOS.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2003). Talleres para trabajar con familias. ¿Te suena familiar? Fundación de la Familia.

Fornós i Barreras, A. (2001). *La crianza: su importancia en las interacciones entre padres e hijos*. Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. 31/32, 183-198.

Gaete, V. (2015). *Desarrollo Psicosocial del adolescente*. *Revista chilena de Pediatría*. 86(6), 436-443.

García, A. (2009). *Actualización del desarrollo psicológico en la infancia, adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Editorial CEP.

García, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud mental* 28(2), 73-81.

García, B; Guerrero, J (2014). El papel de los abuelos en la crianza y las tensiones por el ejercicio de la responsabilidad parental. Universidad Pedagógica Nacional. Facultad de Educación. Bogotá. 119-129.

Garizado, A. (2013). La dinámica familiar y las prácticas de crianza como elemento clave en la educación parental. CORREGIR AUTOR SOBRE LIMITES/ Gonzalez, A. (2014). *La dinámica familiar y las prácticas de crianza como elemento clave en la educación parental*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Abierta y a distancia. Palmira.

Gómez, N. (8 de Marzo de 2016). México con “epidemia” de embarazos adolescentes. El Universal. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/03/8/mexico-con-epidemia-de-embarazos-adolescentes>

González, A. y A.R. y Estupiñán, M. (M.R. (2010). Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. *Investigación y educación en enfermería*. 28 (3), 396-404.). Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. 28(3), 386-404.

González, E. (2011). *Educar en la afectividad*. Madrid. p.p 1-16.

González, J. y Nahoul, V. (2014). *Técnica de la entrevista con adolescentes*. México; PAX

González, N., Valdez, L., y Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 13 (1), 41-52.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.

Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de pediatría*. 71 (1), 39-42. La Habana.

Hidalgo, M., Vicario, M., Ceñal, M. (2014). La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos. Principales cuadros clínicos. *Medicine* 11 (61), 3579-3587.

Hidalgo, M., Sánchez, J. y Lorence, B. (2008). Procesos necesidades de desarrollo durante la infancia. *Revista de Educación*. Universidad de Huelva. 20(2000), 85-95.

Horrocks, J, E. (1984). “*Psicología de la adolescencia*”. 8va Edición. México; Editorial Trillas.

http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

Iglesias, J.L (3013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral* 17 (2), 88-93.

Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de posgrado de la cátedra Via Medicina*. 107, 11-23.

Ives, E (2014). La identidad del Adolescentes. Como se construye. Mesa redonda de salud mental. Revista de Formación continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Vol. II Mayo Núm. 2

Izzedine, R; Pachajoa, A (2009). Pautas, prácticas y creencias América de la crianza...Ayer y hoy. LIBERABIT: Lima (Perú) 15(2): 109-115.

Jordán, V. (2015, 19 de febrero). Padres adolescentes, ¿crianza conflictiva? *Revista Psicología Científica.com*, 17(3). Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/padres-adolescentes-crianza-conflictiva>

Kristin, M.A., Nicholas, Ph. (1997). La comunicación entre padres e hijos. Arkansas; Universidad de Arkansas para ciencias médicas.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista panamericana de salud pública*. 11 (3), 192-205.

León, P., Minassian, M., Borgoño, R. y Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electrónica*. 5 (1), 42-51.

Lila, M. y García, G. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*. 17(1), 107-111.

Lupicinio Íñiguez Rueda: “Capítulo III. El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica” en Lupicinio Íñiguez Rueda (editor) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*, Editorial UOC (Universitat Oberta Catalunya), Barcelona, 2003. Pp. 83-124.

Madres Adolescentes (Canal Once). (2015). De <https://youtu.be/MfBfVrIBFF8>

Maldonado, M. y Micolta, A. (1999). *Adolescentes que se socializan y asumen la crianza del hijo*. Colombia; Universidad del Valle. 172-176

Manual CTO Oposiciones de Enfermería. (2008). Volumen I. Madrid; C.T.O, Medicina S.L.

Martí, E., Onrubia, J., Fierro, A., Merce, M. y De Gispert, I. (1997). *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente*. Barcelona.

Martínez, A. (2009). *Embarazo adolescente-promoción y prevención*. Protección integral de la infancia. Chile; Universidad de las Américas.

Martínez, M. (2000). La investigación-acción en el aula. *Agenda académica*. 7 (1), 27-39.

Martínez, R. (2006). Estrategias para prevenir y afrontar conflictos en las relaciones familiares. Oviedo; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Menkes, C. & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población. Universidad Nacional Autónoma de México*. 9 (35), 233- 263

Merino, E. y Rosales, E. (2011). *Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista*. Tesis de Maestría. Universidad de El Salvador, El Salvador.;

Mestre, M.V., Samper, P., Tur, A. y Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de psicología general y aplicada*. 54(4), 691-703.

Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud: guía práctica para padres y educadores*. México: Editorial Pax.

Monroy, A. (2002). *Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud*. México; Editorial PAC.

Mora, A. M. y Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*. México; Masson Doyman 29(2), 76-82.

Morales, L.V., Buitrago, E.M. y Marín, Y.A. (2013). Identidad, tribus urbanas y redes sociales: un estudio de caso en adolescentes. México; Universidad Pedagógica Nacional. (2), 77-92.

Morales, S. y Vázquez, P. (2014). Prácticas de crianza asociadas a la Reducción de los problemas de conducta infantil: una aportación a la salud pública. *Acta de investigación psicológica*. 4 (3), 1700-1715.

Muñoz, M., Gómez, M. y Jiménez, G. (2008). Factores de riesgo y de protección para el maltrato infantil en niños mexicanos. *Revista mexicana de psicología*. 25 (1), 165-174.

Nava, Flores, C.M. (2009). La maternidad en la adolescencia, en contribuciones a las ciencias sociales. De www.eumed.net/rev/ccss/06/cmnf.htm

Norma Oficial Mexicana (1999). NOM-028-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la Salud*. México; Editorial Thompson.
- Oliva, A. (2006). *Relaciones familiares y desarrollo adolescente*. Anuario de psicología, 209-223.
- Oliva, A. (2015). *Desarrollo positivo adolescente*. Madrid; Universidad de Sevilla.
- Oliva, A., Parra, I., Sánchez, Q. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de psicología*. 23 (1), 49-56.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2014). Nota descriptiva Núm. 364. Actualización Septiembre 2014. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>, el día 7 de mayo 2015.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. Departamento de salud, del recién nacido, del niño y el adolescente. De <http://www.unfpa.org/ni/wp-content/uploads/2013/12/Harramientas-para-la-incidencia-prevenir-el-embarazo-precoz.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Atención primaria de salud. De
- Ortega, P., Torres, L. E. & Salguero, A. (2009). Paternidad: Período de cambio en la vida de los varones. *Revista Psicología Científica.com*, 11(17).
- Ortiz, J., Borre, A., Carrillo, S. y Gutiérrez, G. (2006). Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Facultad Konrad Lorenz.
- Papalia, D. (2010). *Desarrollo Humano*. México. Editorial 8. McGraw Interamericana.
- Páramo, M. (2011). *Factores de riesgo y protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión*. *Terapia Psicológica*. 29(1), 85-95.
- Pedreira, J., Blanco, V., Pérez-Chacón, M. y Quiros, S. (2014). *Psicopatología en la adolescencia*. 3612-3621.
- Pedreira, J.L. y Álvarez, L. (2000). *Desarrollo psicosocial de la adolescencia: bases de una comprensión actualizada*. *Documentación social* 120, 69-89.
- Peláez, G. (1997). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista cubana de obstetrica ginecológica*. 23(1), 13-17.
- Périsse, D. (2009). Conductas suicidas en la adolescencia. *Tratado de medicina*. 13 (2), 1-5.
- Piaget, J. (1988). *Seis estudios de Psicología*. México; Editorial Planeta Mexicana.

Pillcorema, B. (2013). *Tipos de familia estructural y la relación con sus límites*. Tesis de licenciatura. Universidad de Cuenca. Ecuador.

Posada, C. (2014). Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Revista sexlogía y sociedad*. 10 (25), 4-10.

Rafael, A. (2007). Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky. [Universidad Autónoma de Barcelona. Master en Paidopsiquiatría] De http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo.pdf

Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios Pedagógicos*. 31 (2), 167-177.

Ramírez, M. (2007). Los padres y los hijos: variables de riesgo. *Educación y educadores*. 10 (1), 27-37.

Redondo, P. (2004). Prevención de la enfermedad. *Curso de gestión local de salud para técnicos del primer nivel de atención. Cuarta unidad*, 2-24.

Rey, L. (2014). La importancia del vínculo temprano: Díada madre e hijo. Uruguay; Universidad de la República.

Rice, P. (2000). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid:Prentice Hall.

Riedemann, K. (2004). *Perfil de las madres adolescentes y sus necesidades en relación con el cuidado de su hijo*. Tesis de licenciatura. Universidad Austral de Chile, Chile.

Rodrigo, M., Maiquez, M., García, M., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Revista psicothema*. 16 (2), 203-210.

Rodríguez, G. (2006). *Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato: un abordaje integral*. (Primera edición). México. Instituto de la mujer Guanajuatense.

Rodríguez, G., Mayen, B. y Ramírez, F.A. (2006). Aproximaciones al embarazo en la adolescencia en Guanajuato: un abordaje integral. México; Instituto de la mujer guanajuatense.

Rodríguez, M. y Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista cubana de higiene y epidemiología*. 49(1), 135-150.

Roo-Prato, J; Amui, A; Fernández, A (2015). Conflictos intergeneracionales en abuelas cuidadoras de una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Aten Fam* 23(2) pp. 57-62

Rosales, J., e Iriyoyen, A. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Elsevier*. 20 (4), 101-102.

Saavedra, Villalta, (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *LIBERABIT*. 14 (31), 31-40.

Salazar, A, Rodríguez, L y Daza, R. (2007). Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños. 11(2), 170-185

Salazar, A., Acosta, M., Lozano, N. y Quintero, M.(2008). Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá Colombia. *Redalyc*. 12 (2), 169-182.

Salles, C y Ger, S. (2011). *Las competencias parentales en la familia contemporánea: descripción, promoción y evaluación*. Educación Social. El trabajo socioeducativo con familias. (49), 25-47.

Sánchez, J. e Hidalgo, M. (2016). Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. Sevilla; Facultad de Psicología. 1-14

Santrock, (2006). *Psicología del Desarrollo*. El ciclo vital. Madrid; Mc Graw Hill.

Sanz, M. (2014). Crianza saludable: el aporte de las familias a las necesidades de los niños pequeños y documentos para la orientación de los padres. p.p. 1-13.

Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta moebio* 49, 1-10.

Secretaría de Educación Pública (2004). Sistema educativo de los Estados Unidos Mexicanos. Principales cifras. Ciclo escolar 2003-2004. México.

Secretaria de Educación Pública (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*. Recuperado de http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf el 30 de Mayo de 2016. ISBN 987-607-9200-63-3

Secretaria de Educación Pública (2012). *Embarazo Adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el PROMAJOVEN* (primera edición). México: El Dragón Rojo.

Secretaría de gobernación, (2015). Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes. Ciudad de México.

Secretaría de Salud. (2002). Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes. 2da Edición. México; Secretaría de Salud.

Secretaría de Seguridad Pública. (2011). Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes. Dirección General de Prevención del Delito y Participación Ciudadana. Gobierno Federal. 1-33.

Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social. (2009). Manual de apoyo para la formación de competencias parentales. Programa abriendo caminos. Chile; MIDEPLAN.

Seince, N., Pharisien, M. y Uzan, M. (2008). Embarazo y parto en adolescentes. *Revista ginecología-obstétrica*. 44(3), 1-7.

Sistema para el desarrollo integral de la familia. (2016). Misión y visión. Ciudad de México.

Solís, P., Medina, G. y Díaz, M. (2015). Análisis comparativo de predictores potenciales de Prácticas disciplinarias severas con preescolares, antes y después de un entrenamiento para padres. *Acta colombiana de psicología*. 28(2), 139-150.

Solórzano, N. y Gaitán, P. (2008). Factores de riesgo y protección psicosocial en estudiantes de licenciatura de la Universidad Iberoamericana. *Psicología Iberoamericana*. 16 (2), 40-47.

Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*. 10 (39), 129-158.

Suárez, B. (2012). *Límites, normas, estilos parentales y pautas de actuación*. Recuperado de: <https://prezi.com/m/hgkktbp1hie/limites-normas-estilos-parentales-y-pautas-de-actuacion/>

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Editorial Paídos Iberica

Tejeda, M. y Otálora, C. (2006). Estimulación cognitiva de madres del sector popular. *Investigación y posgrado*. 21 (2), 43-67.

Traveso, P. (2007). Dos madres adolescentes, dos vínculos: ¿qué marca la diferencia? *Revista de psicología*. 25(1), 59-80.

Valladares, A.M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 6(1), 4-13.

Vargas, V., y Arán, V. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 12 (1), 171-186.

Vásquez, E. y Rojo, A. (2000). Complicaciones del Embarazo en Adolescentes en mayores de 20 años. *Boletín clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 17, 36-42

Vázquez, M. (2010). Mejorar la conducta infantil. Las técnicas de modificación conductuales permiten corregir muchos de los comportamientos inadecuados de los niños. España; Fundación eroski.

Weissmann, P. (2005). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*. 6 (35), 1-8.

Wolti, C. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles de población*. 6(26), 43-87.

Yago, T. y Tomás, C. (2015). ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Revista progresos de obstetricia y ginecología*. 58 (3), 118-124.

Zamora, A. (2014/24/09). Embarazo adolescente, causa de deserción escolar. *Cimacnoticias*.

ANEXOS



Investigación sobre Estilos de Crianza de mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia.

Cárdenas Camacho Stefanía
Roldán Escamilla Norma Alejandra
(Responsables)

Dirigido a Madres de familia:

Por medio de la presente solicitamos su colaboración para participar voluntariamente en una investigación, que tiene como objetivo conocer el estilo de crianza que predomina en mujeres que se convirtieron en madres durante la adolescencia.

Los resultados obtenidos serán analizados con la finalidad de crear un taller en el cual se brinde orientación a las madres sobre la crianza de sus hijos.

El proceso de investigación consta de 5 fases, en donde usted se compromete a asistir una vez a la semana en un periodo de 50 a 60 minutos.

Es importante recordarles que la información que ustedes proporcionen será utilizada exclusivamente por la Facultad de Psicología de la (UNAM) y el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF) la finalidad de la investigación es para la realización de una Tesis.

Por este motivo, solicitamos su consentimiento para la grabación de audio durante las sesiones de entrevista.

Les recordamos que ustedes son libres de abandonar la investigación en el momento que deseen si no están de acuerdo en alguna fase del proyecto.

Si Acepto

No acepto

Lectura de reflexión para sesión cuatro del taller: “compartiendo responsabilidades”

“Yo no ayudo a mi mujer con los niños ni con las tareas de la casa”

Esto es lo que dice el psicólogo Albert Soler Sarrió, luego de que en un supermercado mientras iba con sus hijos de 15 meses, escuchara un par de señoras concluir lo mismo: “hay que ver lo que ayudan ahora los hombres a las mujeres con los hijos”.

“Está es una de esas situaciones que me encantan para poder provocar un poco y sacar mi lado más feminista. Por qué hoy se hacía tarde para comer y me he limitado a sonreír, agradecer y seguir a casa.

¿Qué les habría dicho a estas señoras? Probablemente como en otras ocasiones, les habría respondido con un “disculpe señora pero no, ni ayudo ni pienso ayudar a mi mujer con los hijos”.

Y pasaría a explicarle cuál es mi punto de vista al respecto.

Antes de tener hijos yo nunca he sido de esas parejas o maridos que ayudan a su mujer con las tareas de casa. Pero es que mi mujer tampoco me ha ayudado nunca. Y cuando llegaron los hijos las cosas siguieron más o menos igual: ni le he ayudado con la casa ni ahora con los hijos. Habrá alguno que aún no haya pillado de que va la cosa y este pensando maravillas sobre mí y apiadándose de mi mujer (¡Pobrecita!, menudo le ha tocado).

No, yo no ayudo a mi mujer con los hijos por qué no puedo ayudar a alguien con algo que es mi entera responsabilidad.

Los hijos, al igual que las mujeres domésticas, no son el patrimonio de nadie: ni pertenecen a la mujer ni pertenecen al hombre. Son responsabilidad de ambos. Por estar motivo me llego a ofender cuando, de modo muy bienintencionado (soy consiente) me halagan con “lo mucho que ayudo a mi mujer”. Como si no fueran mis hijos o no fueran mi responsabilidad. Hago con mucho esfuerzo y mucho gusto ni más ni menos que aquello que me corresponde. Al igual que mi mujer. Y por mucho que me esfuerce nunca podré llegar tanto y tan bien como hace ella.

Después explica el por qué esta visión de las responsabilidades, diciendo que:

“Tenemos aún en la mente un modelo de familia patriarcal en el que hay un reparto de tareas muy bien definido; el hombre es el proveedor de recursos, la mujer la gestora del hogar (ahí se incluyen los hijos). Sin embargo la sociedad ha cambiado profundamente en las últimas décadas (afortunadamente) y este reparto de papeles ha pasado en muchos casos a la historia”.

La mujer hoy en día, aunque sigue profundamente discriminada socialmente (no hay más que ver la diferencia en salarios u oportunidades de promoción laboral) es el agente de su propio desarrollo, tiene la capacidad de desarrollar una carrera profesional en los ámbitos que un hombre y, si decide dedicarse al cuidado de los hijos es, en la mayoría de los casos, por una elección personal, y no por falta de oportunidades o derechos sociales.

En un momento en el que tenemos esta igualdad de roles entre hombre y mujer, asumir de facto que los hijos son responsabilidad de ellas es un vestigio del pasado. Hoy en día hombre y mujer se reparten (o deberían hacerlo) de modo equilibrado aquellas tareas que les atañen a ambos, como la casa y los hijos. ¿Y que es “de modo equilibrado”? Ese equilibrio no implica en (casi) ningún caso un reparto de 50-50, sino más bien una adaptación flexible entre la disponibilidad de los miembros de la familia y las tareas que se requieren.

Más adelante señala son las tareas propias del padre y cuáles de la madre.

Bueno, pues más allá de ser la madre (por obvios motivo) la encargada de la teta, el resto de las casi innumerables tareas relacionadas con los hijos, no son patrimonio exclusivo de nadie, son total y absolutamente intercambiables entre padre y madre en función de las circunstancias, preferencias de los hijos o habilidades de cada uno.

Un buen reparto de esas tareas es el que es equilibrado, justo, que no genera conflicto y que permite un desarrollo armonioso de la rutina doméstica.

Y por último señala que quisiera que sus hijos crezcan “sin saber si planchar es cosa de hombres o de mujeres. Que no sepan si los baños son cosa de sus padres o de su madre. Que no asocien la cocina con el feudo de nadie, ni tampoco la aspiradora, doblar ropa u ordenar los armarios. Que acudan con más o menos igual frecuencia a uno o a otro para dormir, para contar sus confidencias, para jugar o para enfadarse. Que no haya un “jefe” de la casa, si no que todos convivamos del modo más feliz posible”.

Finalizando con un:

“Así que no señora, no ayudó a mi mujer con los niños. Tampoco con la casa, estoy con ellos en el supermercado y les paseo por qué son mis hijos y me acompañan allá donde voy. Les cambio los pañales, les baño, les llevó al parque o les preparo la comida no por ayudar a mi mujer, si no por qué son mis hijos, son mi responsabilidad y quiero que crezcan con un modelo de familia y de reparto de tareas Diferente a aquel que usted y yo hemos tenido”.

Fuente: <http://www.albertosoler.es/yo-no-ayudo-mujer-los-ninos-tareas-casa/>

Casos para sesión dos del taller: “Funciones y técnicas parentales”

Caso 1:

Juan es un niño de cuatro años que hacía caso a las instrucciones de su madre, en las últimas dos semanas no quiere separarse de su mamá si ella sale a la tienda, la primera vez Juan lloró mucho porque se iba a quedar y empezó a llorar, tirarse en el piso de su casa y la madre le dijo que no llorara, que se veía mal haciéndolo y termino llevándolo a la tienda además de que cedió a comprarle algo, al siguiente día Juan volvió a llorar al ver salir a su madre, ella empezó a decirle que no era correcto mientras él hacia berrinche pero su conducta no se controló y se lo llevo de nuevo a la tienda comprándole un dulce.

¿Qué puede hacer la mamá de Juan para no acceder a los caprichos de su hijo?

Caso 2.

Antonio tiene 11 años, vive con sus padres y su hermano Sebastián de 7 años. El padre de Antonio es apasionado del futbol, desde pequeño lo practicaba en la calle con sus amigos, incluso fue parte de las fuerzas básicas de un equipo reconocido en la ciudad, pero su carrera se truncó al haberse lastimado el tobillo. Siempre deseo que sus hijos fueran tan buenos como él. Sebastián acaba de integrarse al equipo de futbol escolar y su padre se encuentra muy contento y orgulloso. Antonio por su parte, gusta de las artes plásticas y escénicas. Ha demostrado tener habilidades para la pintura, escultura y baile, tanto que sus trabajos realizados en la clase de arte se han expuesto en varias ocasiones en el centro cultural de la colonia, donde su padre jamás ha acudido porque considera que eso no le dejara nada bueno, además de ser una actividad para niñas. Le dice que “se convertirá en un mariquita si sigue bailando así” Antonio se siente rechazado, pues desde que su hermano se integró al equipo de futbol, su padre ya no platica con él, ahora solo

convive más con Sebastián. Cuando salen al parque, no le avisan a Antonio ni a su mamá, ya que se van ellos dos solos.

Caso 3.

Karla tiene 14 años, se encuentra a punto de salir de la secundaria. Posiblemente se tenga que quedar a repetir tercero, ya que lleva reprobadas 3 materias. El orientador de la escuela mando a llamar a su madre para comentarle la situación. Al saber la noticia, la madre se sorprende pues ella no estaba enterada de que el aprovechamiento académico de Karla siempre había sido muy bajo. La abuela es quien acudía a las juntas y firmas de boletas y jamás comentaba la situación por temor a que el padre de Karla enfureciera, la castigara e incluso la golpeará. El orientador también le comenta a la madre que también ha detectado que Karla ha sufrido bullying desde que entró a la secundaria por parte de sus compañeros debido a su problema de lenguaje, no pronuncia la letra “r”, por lo que siempre ha recibido burlas, apodos e insultos.

ADOLESCENCIA

1. Antecedentes de cuidados maternos: se refiere a la adquisición de roles de cuidados maternos a corta edad con hermanos o hermanas menores que ellas.

R: *“Las dos grandes cuidábamos a los dos chicos. Mi hermana iba en la mañana a la escuela y se ocupaba de una, yo iba a la escuela en la tarde me ocupado del otro, que igual íbamos dos y dos. Entonces, como que ya guisábamos, ya lavábamos y hacíamos quehacer y me creía la mamá, dije: ¡juy! si me juntó y es cualquier cosa ¿no?, y pues no, me embarazo luego luego”.*

“Mi mamá llegaba a la 1 pm y los 4 teníamos que estar. Pero nosotros ya teníamos levantado, las grandes, hacíamos todo, ¿me entiendes? Lavar los trastes, la mesa y calentar las tortillas. Mi mamá siempre tenía la comida hecha, siempre...”.

“...llegaba a la una en la tarde, se iba otra vez y en ese lapso yo ya me iba a la escuela, prácticamente solo convivía con mi hermana la más chiquita. Con mi mamá era como lapsos para verla y rapidísimo, ¡apúrense! ¿qué vas a llevar de lonche?, y aquí está el dinero. Fue así, y con la que convivía era con las más chiquita, yo cuidaba a la más chiquita. Era de siempre, llevarla a la escuela, llevarla a que la pidieran, a recogerla. En ese lapso se quedaba solita en lo que mi hermana la otra llegaba”.

S: *“A mi hermano el más chico le llevó diez años, entonces a mi esa parte me gustaba porque de repente yo era como la mamá. Mi mamá casi no estaba, siempre estaba trabajando”.*

M.A.: *“Pues es que prácticamente yo era su mamá, de hecho creo que el proceso fue más difícil para ellos que para mí, porque a la más pequeña prácticamente vivía conmigo, creció conmigo y al otro por lo mismo que ella trabajaba yo lo llevaba a la escuela, le daba de comer, cubría todas sus necesidades. Por eso es que para mí no fue como decir “¡ay un hijo!, ¿no?. Por qué ya traía experiencias, para mí yo pensaba que era sencillo. Por qué yo decía pues ya crie dos, no me daba miedo la responsabilidad”.*

Análisis:

De las siete participantes, tres (“R”, “S” y “M.A”) de ellas realizaban actividades de cuidado hacia sus hermanos menores, las cuales les fueron asignadas por sus padres. No solo refieren actividades de cuidado, sino de labor en el hogar como en el caso de “R” y “M.A”, un contexto social con carencias obliga a las madres a trabajar todo el día, consecuentemente no brindan cariño ni atención hacia ellas (Stern, 2004).

“S” y “M.A” refieren haberse sentido “madres” de sus hermanos, debido a que únicamente convivían con ellos/as.

Adicional a la categoría, se observa que el análisis de consecuencias en las adolescentes aún no se encuentra preciso al considerar que la maternidad es una actividad sencilla (Fountain, citado en Horrocks, 1984).

2. Tiempo de relación con el padre, previo al embarazo: en esta categoría se aborda el tiempo estimado de noviazgo entre las adolescentes y sus parejas.

R: “En el transcurso de la secundaria”.

A: “2 meses, 3 meses. Muy, muy poquito, y me embaracé”.

C: “En el poquito tiempo que estuvimos sin nuestro hijo fue más o menos la relación. Después de que nos juntamos, 2 o 3 meses a lo mucho”.

S: “Me hice novia del padre de mi hija, duramos un año de novios y me embaracé”.

P: “3 años”.

M.A.: “Fue una relación rapidísima, al mes y medio de salir con él yo ya estaba embarazada de mi hijo”.

A.M.: “Es que mi esposo y yo no fuimos novios, éramos amigos. En julio comencé a tener relaciones sexuales con el que fue mi esposo y yo me embaraco hasta febrero del siguiente año”.

Análisis:

Las mujeres expresan variedad en la duración de sus relaciones previo al embarazo. “R”, “S” y “P” mantienen relaciones duraderas (años) antes de embarazarse por el contrario “A”, “C”, “M.A” y “A.M” se embarazan en un período muy corto de tiempo (meses).

Cabe mencionar que “C” ya vivía con su pareja previo a esta situación y “A.M” quien se embaraza sin tener una relación de noviazgo con el padre de su hijo.

3. Ejercicio consciente de la sexualidad: aborda el grado de conciencia que poseen sobre lo que implica su sexualidad, tanto el conocimiento de su propio cuerpo y los procesos del mismo, así como la responsabilidad que implica tener relaciones sexuales.

R: “Empezamos a tener relaciones, ya cambia la situación por qué me embarazo, así en el mismo mes que empezamos a tener relaciones yo quedé embarazada. Yo creo que fue en la tercera o segunda vez. Psicóloga: ¿nunca usaron protección?. R: No. Psicóloga: ¿cuál fue la razón? R: pues no sé, no sé. Yo le decía mucho a él, ¿es que tú eres más grande, tú ya sabes, me hubieras dicho, tú me hubieras cuidado!. Y él me decía: tú también quisiste, tú también ya sabes, y pues yo era muy reventada ¿no?, y me decía: pues así como eres de desmadrosa, ¿por qué no vas a saber?. Como pareja no, pero como amigos nos llevábamos muy bien. Más bien fue como aprender o ver que sabía sobre el sexo”.

A: Psicóloga: En esa primera vez, ¿se cuidan? A: sí. Psicóloga: posteriormente ¿te embarazas? A: “Después nos seguimos cuidando, después fue cuando no y me tome la pastilla del día siguiente, vimos que funcionó y la seguí tomando”. Psicóloga: ¿durante cuánto tiempo? A: en tres ocasiones. Después de que me la tome, pasó una semana, volvimos a tener relaciones, me la volví a tomar. Después mi mamá se enteró y mi papá también me dijo: no, es que así no era. Fuimos al seguro, nos dieron condones, pero no los usamos, no queríamos. Ninguno de los dos, decíamos: ¡ah! pues si funcionó la pastilla”.

C: Psicóloga: ¿Utilizaban algún método anticonceptivo?. C: “No, yo al principio si quería tener un bebé, estaba muy ilusionada. Y cada mes era la desilusión por qué yo sí quería tenerlo, pero cuando salgo embarazada, fui al doctor para que me recomendaran algo, pero al momento que voy al doctor me dice que ya estoy embarazada”.

P: “La verdad yo no sabía que podía estar embarazada, ya había iniciado mi periodo en sexto año pero ya en primero y segundo no me bajo, entonces yo dije; yo creo que ya, así como que mi pensamiento fue; yo creo que no me puedo embarazar. Y una vez nos animamos y dijimos; ¡no, claro que no puede pasar!, y como yo no sentía nada”.

S: Psicóloga: ¿Sabías cuidarte?. S: “No, no sabía cuidarme. Mi papá, por ejemplo no hablaba conmigo de sexo. Por ejemplo; es que no se le llama parte, se llama vagina, y yo “¡ay qué pena que me diga mi papá!” y no, mi mamá era; pues te tienes que lavar “ahí” y no le hablaba por su nombre y para hablar de sexo pues no, me daba pena. No había como ahora el método anticonceptivo que ibas tú, te acercabas a alguien, a lo mejor sí sabíamos que era un condón que eran métodos anticonceptivos pero no, nunca, daba pena”.

M.A: Psicóloga: Tu Embarazo ¿fue planeado, deseado?. “Sí, planeado y deseado por ambos”.

A.M.: “Porque yo sí quería un bebé, pero como que no lo visualizaba tan real. Yo me empecé a cuidar, al primer día yo me asuste por lo mismo de que no lo tenía planeado. Pero después de ahí que pasó mi primer regla, me empecé a cuidar con la inyección y creo que era una para tres meses, luego pastillas. No quede embarazada de Julio hasta Febrero. Cuando yo decidí no cuidarme, que fue cuando quedé embarazada de mi primer bebé a los 18 exactos”.

Análisis:

“R” carece de información y deja esta responsabilidad a su pareja, actitud que corresponde a las características del adolescente, (Horrocks, 1984), al no asumir sus conductas con responsabilidad. “A” expresa el inadecuado uso de los métodos anticonceptivos que refiere (Alvarez, et. al 2012) siendo este un factor de riesgo.

En el caso de “C”, el deseo de embarazarse sin tener en cuenta las consecuencias a futuro que ello implica, refleja impulsividad en la toma de decisiones (Secretaria de Salud, 2012).

En “P” se encuentra falta de conocimiento sobre los cambios puberales, al iniciar la menarca y posteriormente ser irregular, considera que no hay posibilidad de embarazo, en este caso también se refleja la impulsividad y sentimiento de omnipotencia en la adolescente. En “S” prevalecen los mitos y tabúes sobre sexualidad, estigmatizando estos temas en casa. “A.M” cuenta con información de métodos anticonceptivos, adicional a la categoría se identifica que presenta idealización que se ve bloqueada con el nacimiento de su hijo al darse cuenta de las responsabilidades que conllevaba.

Iglesias (2013), refiere como característica de las adolescentes de 15 a 17, la realización de comportamientos arriesgados, tal como lo refieren las participantes.

4. Configuración familiar: quiénes eran los integrantes que conformaban su familia durante la adolescencia y el por qué estaba integrada de esa forma.

R: “Mis papás se separaron, mi mamá siempre trabajó”.

C: *“...mi papá falleció desde que éramos muy chicas, por eso mi mamá nos sacó adelante. Pero ya cuando íbamos creciendo, ya cuando ella veía que ya podíamos trabajar, ya teníamos que irnos a trabajar”.*

M.A.: *“Tenía problemas en casa, mi mamá me corrió de mi casa por su esposo, tuve que venir a vivir con mi abuela”.*

“... el esposo de mi mamá abusó de mí, cuando yo le comenté la cuestión fue; ¡no, es que es tu culpa y aquí no te quiero!, y mi abuelita pues lo que hizo fue; vente para acá”.

“Con mi papá la relación fue nula prácticamente, de vez en cuando nos visitaba, de vez en cuando apoyaba a mi mamá, prácticamente no tuve relación con él”.

“...prácticamente casi no la veía, ella llegaba...viví una infancia de maltrato por todas las presiones que cargaba mi mamá, eran golpes, violencia. Yo lo que quería salir de eso ya, como sea. Toda una vida de vivir de esa manera. Y sí, fue como me fui alejando, porque nuestra relación nunca fue buena, nunca nos llevamos bien siempre era; ¡tus responsabilidades!. Había momentos en que decía; pues si haces el quehacer te voy a fregar y si no lo haces también de todas formas, yo prefería no hacer nada. Entonces si era complicado, todo el proceso fue complicado”.

A.M.: *“Estuvimos muy reprimidas por mi mamá, nos golpeaba mucho. Era a causa de que mi papá se había ido, la dejó con toda la responsabilidad...”*

“Yo ya no estudiaba, yo había terminado la secundaria y eso apenas por qué yo a la edad de 13-14 años estaba en la técnica, estaba en segundo año. Fue ahí cuando mi papá se fue, él se iba y venía, y venía a dejarnos algo de comer. Mis papás se peleaban mucho, era cantaleta de siempre. Yo no recuerdo que mi papá le pegaba a mi mamá, pero mi mamá sí, era bien broncuda. Yo estaba en 2do de secundaria, todavía hasta febrero lo vi. Después, cuando empezamos a seguirlo buscando y: ya no trabaja aquí y ya no trabaja aquí, no pues voló, se fue mi papá. Y cuando se fue mi papá, me dejó de importar la escuela”.

NOTA: entre las participantes “A”, “S” y “P”, no se obtiene información concreta acerca de esta categoría, sin embargo a través del análisis de toda la entrevista se sabe que; las tres formaban parte de una familia compuesta por papá, mamá y hermanos.

A: *“...entonces, mi mamá después se enteró y se dio cuenta, mi papá también. Mi papá terminó de pagarme la prepa y yo también lo veo. Ahorita me llevo muy bien con mi mamá, he sido muy apegada a ella... Ya ni les preguntaba a mis papás si me dejaban salir porque ya sabía que me iban a decir que no... Psicóloga: ¿Qué edad tiene tu hermana? A: Tiene 10 y un hermano de 5”.*

S: *“Pues mis papás siempre se han llevado bien, de hecho acaban de cumplir 40 años de casados, de repente era así; te voy a dar permiso, y ¡pum!, se pasaban la bolita, no, pídele permiso a tu mamá. ¡Ah no!, pídele permiso a tu papá, y así. Con mis hermanos, a mi hermano el más chico le llevo diez años...”*

P: *Psicóloga: ¿Cómo te llevabas con tus papás?. P: “Si teníamos diferencias porque cuando yo tenía novio no me dejaban verlo...ya cuando estaba embarazada menos me dejaban verlo, entonces cuando mis papás se iban a trabajar lo veía como en las mañanas... Todo esto lo aprendí con mi mamá, ella fue la que apoyó más y bueno también mi hermana porque luego si se despertaba en las noches, como dormíamos juntas en el mismo cuarto se despertaba en las noches...”*

Análisis:

En cuanto a composición familiar encontramos que tres de ellas, previo a su embarazo, vivían en una familia monoparental (“R”, “C” y “A.M”) porque el padre estaba ausente, ya sea por abandono o muerte.

Una de ellas “M.A”, pertenecía a una familia reconstruida que posteriormente abandonó para vivir con sus abuelos.

Tres de ellas se encontraban dentro de un modelo de familia tradicional (“A”, “S” y “P”) compuesto por padre, madre y hermanos.

Adicional a la categoría, se encontró que “C” presencia un ambiente de maltrato, viéndose forzada a trabajar a corta edad, “M.A” experimenta otro tipo de violencia, haciéndose responsable de sus hermanos (relacionado a la categoría 1), como lo dice Mora y Hernández, 2015; Stern, 2004.

5. Primera pareja sexual: analizar si el embarazo en la adolescencia fue producto de la primera pareja sexual.

R: Psicóloga: ¿con él fue con quien iniciaste tu actividad sexual?. R: sí.

C: “La verdad que yo no había tenido muchos novios, no había tenido ningún contacto físico con algún hombre, entonces yo pienso que nada mas era el acelere, de que se sentirá besar o abrazar o incluso tener relaciones con un hombre, solo era mi curiosidad. Ahora comprendo que no era amor, nunca lo quise solo era el interés por sentirme grande”.

S: “...nunca se me había alborotado la hormona y no sé porque con este tipo vino y se me alborotó la hormona si además ni era lo que yo quería”.

P: “...3 años, era la primera vez que teníamos relaciones sexuales”.

A.M.: “Mi vida sexual la comencé exactamente a los 18 años, cumplí en abril, iba a cumplir 19 la primera vez que tuve sexo con el que fue mi marido”.

Análisis:

De todas las participantes, 5 de ellas (“R”, “C”, “S”, “P” y “A.M.”) refieren que la primera pareja con quien tuvieron relaciones sexuales es el padre de sus hijos. Es decir, el embarazo surge con el inicio de su actividad sexual (indicado en la categoría 2).

En dos de ellas (“C” y “S”), se identifica esta conducta como parte del descubrimiento y la experimentación, expuesto por la Secretaría de Salud (2002).

6. Ambiente familiar y social en la Adolescencia: en esta categoría se conoce el tipo de interacción que había dentro del contexto en el que se desarrollaban, así como la estabilidad o inestabilidad, la presencia de violencia, ausencia de comunicación, entre otras características.

R: "... como mi mamá nunca estaba, siempre trabajaba todo el día, decía; yo me apuro en mi casa, cumplo con lo que me toca para que me dieran chance de salir. Y ya en las fiestas iba ahí a estar con alguien, era muy reventada. Si teníamos un noviazgo, después una vez nos encontró mi papá, que nunca venía y ese día llegó y me dio una golpiza que no me puede parar en una semana, estaba yo muy enojada y por eso me fui con el novio. Porque no eran ni planeado que nos juntáramos ni nada, pero fue por enojo".

"...mi mamá nos paraba a todos a las 6 de la mañana a desayunar, por qué eso sí, siempre llegaba a la una y los 4 teníamos que estar, pero nosotros ya teníamos levantado las grandes, hacíamos todo ¿me entiendes?. Lavar los trastes la mesa y calentar las tortillas, mi mamá siempre tenía la comida hecha, siempre. Llegaba a la una en la tarde se iba otra vez y en ese lapso yo ya me iba a la escuela, prácticamente solo convivía con mi hermana la más chiquita. Con mi mamá era como lapsos para verla y rapidísimo; ¡apúrense!, ¿qué vas a llevar de lonche?, y aquí está el dinero. Fue así y con la que convivía era con las más chiquita, yo cuidaba a la más chiquita. Era del diario, llevarla a la escuela, llevarla a que la pidieran a recogerla, en ese lapso se quedaba solita en lo que mi hermana la otra llegaba".

A: "Mi papá terminó de pagarme la prepa y yo también lo veo. Ahorita me llevo muy bien con mi mamá, he sido muy apegada a ella, pero a veces su carácter como que ¡ay no!, y había veces que me salía de mi casa. Aunque no tuviera novio me salía de mi casa, no quería estar ahí, por qué mi mamá tenía un carácter muy fuerte y no quería estar ahí. También fue mi oportunidad para salirme de mi casa".

"Me deprimía mucho, me la pasaba en mi casa, no quería salir a fiestas, casi no salí a fiestas, me la pasaba en mi casa. Ya ni les preguntaba a mis papás si me dejaban salir porque ya sabía que me iban a decir que no. Me la pasaba todo el día en mi casa, si era feliz pero me hacía falta salir, yo siento. Yo quería salir y mis papas ¡no puedes!. O ya sabía yo, ya estaba mentalizada; ¡ay no, ni me van a dejar, mejor no pido permiso! Pero de ahí en fuera bien, mi papá trataba de darme todo, también era medio berrinchuda, me daba todo, a veces, no siempre. Pero mi mamá era muy; ¡ya te di esto, ahora ayúdame!, a cada rato nos lo echaba en cara, a mí y a mi papá".

"...me daba pena. Con mi mamá a lo mejor no tanto pero no me arriesgaba a decirle; mamá tuvo rela... ¡no!, como que no. Con mi papá menos, no es cerrado pero si es muy serio, entonces casi no, ahorita que platicó con él ya es distinto la comunicación, es mejor, ya le cuento más cosas, ya me cuenta más cosas. Pero antes no, no nos contábamos nada y; ¡ah sí, tiene novio!, pero ya. Mi mamá si es como más abierta pero tampoco me arriesgaba a contarle mucho por qué por su carácter".

C: "Fue muy difícil, crecí prácticamente sola. Desde los 12 años más o menos, entre 12 y 13 me salí de mi casa para venirme a trabajar por qué mi familia vive en un lugar con mucha vulnerabilidad y no contábamos con recursos para estudiar".

C: "...mi papá falleció, ella se volvió a casar. Con su marido no nos llevábamos bien, nos acosaba".

"... entonces desde los 12 años soy prácticamente independiente. Fue una vida muy liberal, por así decirlo. Casi no me importaban las cosas, no era ordenada, casi no trabajaba en forma, estaba muy chica, así fue mi vida de los 12 a los 14. A los 14 conozco al papá de mi hijo y nos juntamos estaba por cumplir los 15 cuando me junte con él y a los 16 nació mi hijo, tuve a mi hijo. Fue muy difícil, todo pasó muy rápido".

S: "Hago el recuento y bueno nunca me faltó nada dentro de lo que cabe y era muy caprichosa, y la verdad si era la consentida de mi papá pues siempre quería más, que los caprichos, que si andaba de moda esta mochila yo la quería. No me dejaba salir tan fácil a fiestas, sabía que tenía que rogarle muchísimo para poder salir a las fiestas, para poder salir con las amigas a cotorrear y todo eso, pero al final sabía, bueno yo decía, ay me voy a echar el round pero a la mera hora ya sé que lloro tres horas y me va a dejar salir. Siento que si fui rebelde, igual me encantaba la fiesta pero moderadamente, sin que caiga en los excesos. Pues fui una adolescente yo digo que, normal".

P: "...si teníamos diferencias porque cuando yo tenía novio no me dejaban verlo, como yo lo conocí ahí por mi casa lo veía poquito, éramos vecinos entonces ya después nos mudamos para acá a Xochimilco y ya me venía a ver pero como que a mis papás no les parecía eso".

"Solía salir a plazas, al cine, conciertos y no tenía problema con mis papás, con mis amigas de la secundaria, pero ellos me recogían, para saber que era cierto".

M.A.: "Bueno, fue difícil estaba bajo circunstancias de presión, con problemas en mi casa, con problemas en la escuela, con trabajos, tuve que presentar extraordinarios para poder sacar la secundaria. Hice mi examen para la prepa una vez, el segundo ya no lo presente porque ya estaba embarazada de mi hijo y básicamente era una vida de conflicto en el modo de vida, en el estilo de vida, todas las cuestiones que yo tenía a mi alrededor".

"Tenía problemas en casa, mi mamá me corrió de mi casa por su esposo que habíamos tenido problemas, tuve que venir a vivir con mi abuela, busque trabajo, empecé a conocer gente, conocí al papá de mi hijo una persona obviamente mayor".

"Mi hermanita estaba recién nacida y tuvo complicaciones cuando nació, entonces mi mamá lo vio como un apoyo, mi hermano se adaptó creció con él. Mi hermano yo creo que fue el que padeció un poquito más, para él era complicado, ha de ver tenido unos 8 o 9 años. Le ponen de pronto una figura paterna, la estructura de familia que tenía conmigo se deshace porque mi mamá deja de trabajar. Empieza a trabajar en casa y empieza a estar más cerca pero pues ese proceso ya nada más fueron dos años que yo estuve así por qué inmediatamente salí huyendo. No pude".

"...desde el principio yo me di cuenta de sus intenciones. Y aun así duraron mucho tiempo, estuvieron juntos cerca de diez años, actualmente ya no están juntos pero estuvieron mucho tiempo, y obviamente viví mucho tiempo cerca de dos años el acoso el abuso hasta que dije: terminó la secundaria y me voy. Psicóloga: ¿Cuál es la reacción de tu mamá?. No es cierto, estás mintiendo, estás loca, vete de mi casa, aquí no te quiero".

A.M.: "Yo soy la mayor de cuatro hijas, nosotras estuvimos muy reprimidas por mi mamá, nos golpeaba mucho. Era a causa de que mi papá se había ido, la dejo con toda la responsabilidad. Yo siento que ella saca toda la frustración a través de los golpes, nos trataba de mujerzuelas. Nos veía los genitales y nos decía que donde habíamos estado, cuando a nosotras ni por aquí nos pasaba. Fue una adolescencia muy fea, no me gusto. Escogí tener yo un bebe y eso. Para empezar, mi mamá nunca nos educó de una manera donde ella pudiera hablar abiertamente de estas situaciones. Mi mamá comenzó a estudiar con los testigos de jehová y yo me acuerdo que ella decía que nos educaba así, por qué decía decía la Biblia que tenía que educarnos con la vara de la disciplina. Pero ella lo tomaba muy literal, de arrancar una vara y pegarnos con ella. Pero era su idea, mi mamá ni siquiera fue a la escuela. Sé que siempre la estoy disculpando, pero ahora soy mamá y entiendo muchas cosas que en su momento no lo entendía".

A.M.: "... ese fue otro problema, de que nos dejaba salir con nadie, ni siquiera conocíamos a las vecinas. Por qué la casita de mi mamá, has de cuenta estaba aquí y la otra casita estaba a unos 150 m, pero ellos, sus hijos también los tenían en su propia casa, entonces no convivíamos con nadie"

"Yo no recuerdo que alguna compañerita nos visitara o si nosotros llegábamos a pasar a la casa de alguna compañerita era para comer algo. Siempre atacábamos el refrigerador, nosotras casi no teníamos en la casa. Pero así que conviviéramos pues no. Y es que eran otras épocas, otros tiempo, no existían las redes sociales, no nada de eso. Mi mamá no nos tenía ni la confianza. Una ocasión, llegó muy enojada y nos golpeó a todas, y nosotras no sabíamos ni que habíamos hecho, pues ¿que hicimos? Supuestamente que la señora donde estaba trabajando, mi mamá se dedicaba al quehacer a lavar planchar, y la señora con la que trabajaba vio una niña de la secundaria que se estaba besando con un policía y quería saber ¿quién de nosotras había sido?... ¡pues ninguna!".

"...mamá de putas no nos bajaba, nunca".

"Mi mamá nos golpeaba mucho, nunca platicaba con nosotros y cada quien hacía... por ejemplo mi hermana nos peleábamos mucho porque yo le agarraba que la blusa, que el zapato o al revés y nos peleábamos mucho".

Análisis:

El ambiente familiar gira en torno a dos estilos de crianza ejercidos de forma radical en estas adolescentes; autoritarismo y permisividad (Herrera,1999; Oliva, 2006).

En “A”, “S” y “A.M” sus padres ejercían represión, motivo por el que se frustraban ante la realización de conductas que correspondían a su edad.

Por otra parte la total libertad de hacerse cargo de ellas mismas a una corta edad como consecuencia de la poca atención (“C” y “M.A”), realizando conductas sin supervisión ni corrección.

“R” recibía un estilo de crianza ambivalente, la madre le otorgaba libertades ante su ausencia, (Capano y Ubach 2013; Salles y Ger 2011) el padre cumplía las características de un estilo autoritario, teniendo como consecuencia en la adolescente la realización de conductas impulsivas o como acto de huída y rebelión (Rosales e Iriyoyen, 2013).

Se detectaron ambientes hostiles, que ponían en riesgo su salud e intimidad, tal es el caso de “R” y “A.M.”, quienes sufrían violencia intrafamiliar. “M.A.” y “C”, como víctimas de abuso o acoso sexual, fungiendo como un factor de riesgo importante como lo menciona Herrera (1999) y Oliva (2006 y 2015). Aberastury y Knobel (1994), exponen el sentimiento de soledad y aislamiento como una característica de las adolescentes, aspecto que presenta “A”. Todas las participantes percibían no contar con redes de apoyo, factor determinante para realizar conductas de riesgo según la ENAPEA (2015), además de pertenecer a un contexto social adverso (desintegración familiar, padre ausente, violencia) como lo señalan Mora y Hernández (2015) y Stern (2011).

En aspectos relacionados con estabilidad económica ubicamos a cuatro de ellas (“C”, “A.M”, “M.A” y “R”) en un ambiente de carencias monetarias, considerado un factor de riesgo para Merino y Rosales (2011), mientras que otras dos manifestaron estabilidad económica (“A” y “S”).

7. Embarazo como salida del núcleo familiar: se refiere a la opción de embarazarse como escape consciente o inconsciente de un ambiente aversivo.

A: "...mi mamá tenía un carácter muy fuerte y no quería estar ahí, también fue mi oportunidad para salirme de mi casa"

C: "La verdad fue como huida, por qué después de 11 años que mi mamá estuvo sola, después de que mi papá falleció, ella se volvió a casar. Con su marido no nos llevábamos bien, nos acosaba. Más que nada era la salida de todo eso, a partir de que se volvió a casar fue una vida muy fea, muy pesada para nosotros, por qué su vida ya eran sus hijos pequeños, los hijos que tuvo con el marido".

M.A.: "...realmente fue una salida falsa, pero pues a final del día las consecuencias me siguen hasta el día de hoy y es con la responsabilidad de mi hijo".

"...el esposo de mi mamá abusó de mí, cuando yo le comenté la cuestión, fue: ¡es tu culpa y aquí no te quiero!, y mi abuelita pues lo que hizo fue: vente para acá, pero pues ella tenía que cuidar a su esposo, obviamente no tenía la capacidad de poder hacerse cargo de una adolescente que estaba buscando, que lo que quería era salir y así fue efectivamente, busque salidas, incorrectas".

"Yo quería tener una familia, la que yo no tuve, era lo único".

A.M.: "... entonces mi bebito iba a ser mi todo. Yo pienso que en mi caso, como mis hermanas, nos casamos como para salir del seno materno".

Análisis:

Ligado a la categoría anterior, las mujeres expresan claramente la necesidad de salir o huir del contexto negativo el cual no les brindaba seguridad o atentaba contra su integridad ("C" y "M.A.") (Seince, et.al, sin año), además de verlo como una posibilidad de realización ante la adversidad que experimentaban, lo que concuerda con lo señalado por Gómez (2016). En "A" y "A.M.", el ambiente de represión y las malas relaciones con sus madres las obliga a tomar la decisión de embarazarse para escapar.

Se identifica que todas idealizan su maternidad como una salvación del ambiente en el que se encuentran, como lo refiere Piaget (1992).

De acuerdo con la clasificación de Issler (2001), "R", "C" y "M.A." se encuentran en la adolescencia media y utilizan el embarazo como independencia de los padres y compensación de afecto, como lo refiere Nava (2006).

8. Educación sexual: que tanta información conocían estas mujeres en su adolescencia respecto a sexualidad; principalmente relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y cambios en la pubertad. Proporcionados por la escuela o por sus cuidadores.

R: "...cuando yo vivía con mi mamá, la primera vez que yo tuve mi periodo, yo me estaba bañando y yo me espante. Era algo de lo que no se podía hablar tan fácil y me decía: ¡cállate, cállate, no grites!, vas a empezar a reglar, esto te va a pasar cada mes y ponte esto, te tienes que cambiar todos los días. Me explico, pero cuando ella me vio se enojó porque yo me espante... Estás en la regadera y de repente ¡ah! y ¡cálmate, cállate no grites!, ¿qué estás loca o qué? Se enojó y yo como la vi tan enojada, por qué mis hermanos estaban ahí a lado, que los hombres no se deben de dar cuenta y no sé qué y tienes que poner las toallas así. Y yo decía: ¿y todo esto tengo que pasar? Ya lo sabía por la escuela, pero como que no la creía. Decía: no creo que me pase eso a mí. Pero, cuando ya le empiezo a decir a mi mamá, ya se enoja y por eso con mi mamá siempre me había medido en platicarle algo, por qué se enojaba y si se iba a enojar ¿entonces para que le preguntó, ella como le ha pasado?"

A: "...de que tuve relaciones y que me tome la pastilla del día siguiente, varias veces. Ah por qué la primera vez me ayudó, bueno mi mamá se enteró y mi mamá me la compró y ya las demás veces la compramos nosotros, entre los dos. Después mi papá me dijo que no podía estar tomando pastillas del día siguiente cada que se me ocurriera".

"...me daba pena. Con mi mamá a lo mejor no tanto, pero no me arriesgaba a decirle: mamá tuve rela... ¡no!, como que no. Con mi papá menos, no es cerrado pero si es muy serio, entonces casi no".

S: "...mi papá por ejemplo no hablaba conmigo de sexo, por ejemplo, es que no se le llama parte, se llama vagina, y yo ¡ay qué pena que me diga mi papá! y no, mi mamá era: pues te tienes que lavar "ahí", y no le hablaba por su nombre. Y para hablar de sexo pues no, me daba pena. No había como ahora, el método anticonceptivo que ibas tú, te acercabas a alguien".

P: "La verdad yo no sabía que podía estar embarazada, ya había iniciado mi periodo en sexto año pero ya en primero y segundo no me bajo, entonces yo dije: yo creo que ya, así como que mi pensamiento fue, yo creo que no me puedo embarazar. Y una vez nos animamos y dijimos no, claro que no puede pasar, y como yo no sentía nada".

A.M.: "...nos veía los genitales y nos decía que: ¿dónde habíamos estado?, cuando a nosotras ni por aquí nos pasaba. Para empezar, mi mamá nunca nos educó de una manera donde ella pudiera hablar abiertamente de estas situaciones".

"...y te digo que mi mamá ni me hablaba de ese asunto".

"Yo estuve en un taller en la UAM, por qué trabajaba en una casa como a los 16-17 allá por Calzada del hueso. Hubo un curso de sexualidad y me iba con el pretexto de que iba a ver a mi mamá, salía y ahí empecé a conocer muchos métodos anticonceptivos. Por eso yo no quedé embarazada tan pronto, por qué como me daba pena que alguien supiera, fui a la farmacia compre una inyección y yo solita me la puse, claro me dolió mi pompita dos años pero yo me la puse. No quedé embarazada de Julio hasta Febrero, cuando yo decidí no cuidarme".

Análisis:

Se obtuvo que en ninguna de las participantes existió comunicación ni confianza para hablar sobre temas de sexualidad con sus padres, de acuerdo con Zolten y Logan (1997), esta escasez de diálogo puede considerarse como factor de riesgo.

En "A" había información del tema por su madre en cuanto a relaciones sexuales, sin embargo no se establecía el diálogo para aclarar dudas sobre el tema.

Podemos observar que “R”, “S”, “P” y “A.M.” se encuentran inmersas en tabúes y desinformación, lo que Ramírez (2005) señala como una enorme falta de comunicación en el caso de embarazos adolsecentes. Cabe mencionar que “A.M.” obtiene información sobre métodos anticonceptivos de otros medios.

EMBARAZO

9. Aceptación del hijo/a por la madre: esta categoría se refiere a la forma en la que la adolescente reacciona ante su embarazo, es decir que tanto lo desea tener y la manera en que asimila el haberse embarazado.

R: *“...al principio yo no quería a ese bebé, yo le decía a él: ¡es que no!, ya no voy a ir a la escuela, ya me voy a dedicar a la casa. Ósea ya como que me empezaba a caer el veinte y me deprimía mucho”.*

“...en el embarazo no quería, pero ya al verla el amor crece y dije: ¡sí la quería!, lo que pasa es que no quería que fuera así mi vida”

“...ya cuando la vi se te olvida todo, de verdad que la amaba pero yo me resistía más bien a mi estilo de vida. Yo decía: esta va a ser la piedra que no me va a dejar hacer lo que quiero. Pero al verla, cambió todo. Me iba a las fiestas, hacía cosas pero todo con ella, nunca la dejé”.

A: *“...pues no lo creía, no me caía el veinte. Creo que hasta que nació me cayó el veinte como que no tenía mi chip bien. De hecho, en mi embarazo si me la pase como, ¿qué voy a hacer?. Y cuando nazca, pensé que todo iba a ser muy bonito y que el bebé iba a estar callado todo el día y pues no”.*

Psicóloga: *¿Qué pasa en ti que decide tenerlo?. A: Si me deprimí y pensé, ¿qué voy a hacer?, ya no voy a salir, ya no voy a poder hacer esto o lo otro. Si me ponía a pensar ¿qué hubiese pasado con mi vida si no hubiese tenido a mi hijo? Me la pasaba pensando en eso, más adelante decía ¿y si lo aborto? pero no, ya estaba muy avanzada. Tampoco opciones de darlo en adopción, como que no, a lo mejor si haces feliz a otras personas pero no tenía ese ánimo de dar a mi hijo, porque ya después lo sentía en mi panza y era distinto. A veces me enojaba y decía ¡pues es que yo escogí esto!”*

“... me cayó el veinte hasta...cuando me salí de trabajar de donde trabajaba. Me dieron de baja en el seguro, después entre a trabajar acá con mi papá. Mi papá tiene un negocio de herrería, y me vuelve a dar de alta, pero en lo que me daba de alta si pasó un largo tiempo. Entonces, decidí ya no llevarlo a la guardería y me lo llevaba al trabajo con mi papá. Fue ahí donde me cayó el veinte y lo conocí mejor, como casi no convivía con él no sabía ni que le gustaba, ni nada. Salíamos de la guardería, me pedía un dulce, se lo compraba y ya con eso yo sentía que ya estaba bien, que ya estaba feliz. Entonces, ya cuando lo tengo, cuando convivo más con él, fue cuando tiene como año y medio más o menos”.

“Se escucha feo pero, no le ponía mucha atención o no lo quería ver tanto, o no se, sentía que mi vida iba a ser normal pero con un hijo. Como una adolescente cualquiera pero que tiene compromisos, pero ahí estaba, así me sentía. Y entonces ya cuando empiezo a convivir más con él, me di cuenta de que es lo que le gusta, sus primeras palabras. También cuando lo lleve a la guardería a...no me acuerdo cómo se llama la fase, pero vas a que conozca él la guardería y que tú también veas cómo los tratan, también veía como el empezaba a gatear y también decía: ¡ah va a ser inteligente!, pero no del todo. Ya después, conviví más con él, yo me levantaba a preparar el desayuno y hasta la fecha ya habla más, me cuenta muchas cosas, ya es diferente. Ahora que me voy al curso en las tardes ya hasta lo extraño, cuando me voy a trabajar lo extraño. Y antes, si sentía cierto aprecio hacia él o lo quería pero no de la manera que ahora. Antes decía: pues si tengo un hijo y se llama Amaury y ya, pero no sabía muchas cosas de que le gusta, de que es lo que hace en la guardería.”

C: “Yo al principio si quería tener un bebé, estaba muy ilusionada. Y cada mes era la desilusión por qué yo sí quería tenerlo, pero cuando salgo embarazada, fui al doctor para que me recomendaran algo para cuidarme por qué dije: no, me espero tantito por qué estoy chica, por qué no sé si voy a hacer una buena relación con él, pero al momento que voy al doctor me dice que ya estoy embarazada. Primero si lo deseaba, pero después, si lo seguía deseando pero para después. No me sentía tan preparada como para ya.

Psicóloga: ¿tu embarazo estaba planeado?. C: “Tal vez por los dos si, no planeado”.

S: “...pues mal, ya había agarrado el carril, estaba en quinto de prepa, entonces yo decía: pues voy a abortar, y me acuerdo que su papá de mi hija me decía: ¡ay no!, ¿cómo vas a abortar?, ¡eso es malísimo!, pero yo le decía: ¡ay sí!, yo no lo voy a cargar, no”.

Psicóloga: cuando te enteras que estás embarazada, ¿Qué pasa con él? S: “Ah pues según él muy feliz, él si lo aceptó pero yo no”.

P: Psicóloga: ¿Tú que querías hacer? P: “La verdad yo si quería abortar, pero cuando me dijeron que estaba ya formado, ya decidí tenerlo. Mi pareja y yo casi no hablamos de ese tema, ya hasta después y dijimos: ¿qué hubiera pasado si no lo hubiéramos tenido? Como que se te vienen tus planes al piso, yo me enteré que estaba embarazada, mi mamá me sacó de la escuela porque me tenía que ir y me dejaron hacer muchos trabajos, ya no pude ir a la fiesta de tercer año”.

M.A.: Psicóloga: ¿Tu hijo fue planeado y deseado?. M.A: “Sí, planeado y deseado por ambos. De hecho a mí me sorprendió mucho su reacción porque fue algo que decidimos y es algo que le he dicho a mi hijo: tú no fuiste un accidente, hay muchas chicas que no tienen cuidado, yo sabía lo que estaba haciendo de cierto modo sabía las consecuencias”.

A.M: “...cuando decidí tener al bebé, deje de tomar (anticonceptivos) y luego luego. Y si me asuste, por qué yo sí quería un bebé pero como que no lo visualizaba tan real”.

“Yo me encargaba de mi bebé, desde el momento en el que mi bebito nació. Cuando eres mamá se hace un vínculo bien bonito con tu bebé”.

Análisis:

Cuatro de estas mujeres presentaron conductas de rechazo al recibir la noticia de su embarazo (“R”, “A”, “S” y “P”);

En “R” y “A” no existió aceptación durante el embarazo, hasta que tienen contacto con el/ella e interactúan, además de los pensamientos negativos a futuro al darse cuenta que las actividades como adolescente soltera se verán truncadas, situación observada por Aldana y Adkin (1997), además que como adolescentes suelen presentar incertidumbre respecto a su futuro, características que Aberastury y Knobel (1994) refieren comunes en las adolescentes aspecto que se complica con la maternidad.

En “P” se observa la pérdida de planes de acuerdo a su edad, como lo observa Posada (2014) que acontece en estos casos; esta pérdida de planes se vive en ocasiones como una interferencia para la aceptación de la maternidad y para la realización de conductas

indiferentes hacia su hijo, lo que coincide con lo señalado por Rohner (1975 como se cita en García, et. al, 2005).

“S” no acepta el embarazo por temor a hacerse cargo de las responsabilidades que implicaría. En algún momento, todas ellas toman el aborto como una posible vía de solución, aspecto que no se cumple.

“C” justifica que lo deseaba para otro momento lo que indica que en ese momento no había aceptación.

Por otra parte, “A.M.” expresaron deseo y aceptación antes de embarazarse y al momento de recibir la noticia.

10. Aceptación del hijo/a por el padre: si el padre acepta o no el embarazo.

R: *“Él siempre me dijo que él sí quería tener el bebé y si yo no lo quería cuando naciera, que se lo dejara”.*

A: *“Como que él siempre pensaba a futuro: si estás embarazada podemos abortar o podemos tenerlo. Nunca dijo: es tu bronca. Siempre fue: si estas embarazada vamos a hacer esto. Tenía sus opciones, estaba más centrado en sí pasa y yo no tanto. Y yo decía: ¿qué voy a hacer?”*

“...él si siempre había estado a su lado. Llegaba y decía: mira ya viste que no sé qué, mira esto, y yo decía... ¡ajam!, como que no lo quería ver”.

“...mi marido si se molestaba: ¡ya no es lo mismo!, tenemos otras responsabilidades. Ahora sí que, como que él creció y yo me quede en stand by”.

C: *Psicóloga: ¿Cómo tomó la noticia José? C: “Feliz, yo creo que contento”. Psicóloga: ¿Los dos lo deseaban? C: “Sí”.*

S: *“...mal, ya había agarrado el carril, estaba en quinto de prepa, entonces yo decía: pues voy a abortar y me acuerdo que su papá de mi hija me decía: ¡ay no!, ¿cómo vas a abortar?, ¡eso es malísimo!, pero yo le decía: ¡ay sí!, yo no lo voy a cargar, no”.*

“...total que el papá de mi hija me decía: no, ya vente, nos casamos y todo. Yo veía el mundo color de rosa y no, pues no...”

Psicóloga: cuándo te enteras que estás embarazada, ¿Qué pasa con él?. S: “Ah pues según él muy feliz, él si lo acepto, pero yo no”

P: *“Le dije que estaba embarazada y él me mandaba mensajes pero yo no le contestaba. Al siguiente día que fuimos a la clínica me mandó un mensaje y me dijo que había pasado, le dije que habíamos ido a la clínica, que íbamos a ir a otro centro y el decía que no quería que yo abortara, lo último que recuerdo que me dijo fue que iba a hablar con mis papás y le dije que estaban muy enojados”.*

M.A.: *“Yo sabía que me tenía que bajar el seis de enero y no me bajo. Yo le dije a Sergio: ¿sabes qué?... estoy embarazada y me dijo: no, es que no te creo y dije: bueno no hay problema, está bien. Yo volví a mi casa porque me había salido un mes de ahí, regrese pero yo ya estaba embarazada, después de un tiempo me fue a buscar y me dijo: ¿si estas embarazada?. Y le dije: sí, y ya me dijo: ¡vámonos!, y me fui a vivir con él. Ya después mi mamá me buscó y me dijeron, que si no volvía a la casa, ya no iba a poder ver a mis hermanos. Yo sabía que ella quería que volviera a mi casa porque no querían que tuviera a mi hijo, pero yo tampoco quería perder a los que ya tenía, entonces me dieron medicina para abortar”.*

Psicóloga: ¿En qué momento te busca y decide regresar? “No pasó mucho, como quince días, fue pronto. Lo que pasa es que, a su versión, a lo que él me dijo, él sintió miedo porque obviamente yo acaba de cumplir 16 años, él tenía 24, entonces ya era una persona mayor y sabía que se podía meter en problemas. Como que le cayó el veinte de lo que había hecho,

como que fue cuestión de que lo asimilara y pues poco a poco le fue cayendo el veinte, además de que ya tenía un hijo pero fue cuestión de que lo asimilara”.

Psicóloga: ¿Tu hijo fue planeado y deseado?. “Sí, planeado y deseado por ambos, de hecho a mí me sorprendió mucho su reacción porque fue algo que decidimos y es algo que le he dicho a mi hijo: tú no fuiste un accidente, hay muchas chicas que no tienen cuidado, yo sabía lo que estaba haciendo de cierto modo sabía las consecuencias”.

A.M.: “... y luego Jehú, cuando le dije iba a tener un bebé, volteo y me dijo que ese era mi problema. Y dije: bueno, ¿le vas a dar el apellido al bebé?, no. ¿Me vas a ayudar con el bebé?, no. Bueno perfecto, adiós y me fui”.

“Él no lo veía cómo formar una familia, si no por qué lo estaban obligando a hacerse cargo de algo que no quería hacerse cargo”.

“...mes y medio antes de que llegara Jehú, no creas que Jehú vino a resolverme la vida, no. Vino a darme más problemas, que recordemos que él tomaba desde muy chico. Él bebía pero yo no lo quería ver, yo lo amaba y se acabó. Como que lo idealizaba mucho. Todo lo malo, a lo mejor en el momento, yo no lo veía. Y eso fue por qué vino por mí... ¡ni siquiera vino por mí!, me dijo que su mamá me quería ver. Yo fui a la casa de su mamá y me dijo: ¡ya no te vayas Anita!, quédate”.

Análisis:

En general se detecta por testimonio de estas mujeres, que sus parejas presentan aceptación del hijo/a en algún momento, de alguna u otra forma, ya sea por decisión propia o por influencia de su familia.

11. Decisión de continuar con el embarazo/ quienes influyen: factores que inciden en la mujer adolescente para aceptar o continuar con su embarazo.

R: “...entonces yo me acerco a una hermana de mi mamá...Tía, ¿puedo platicar contigo?, pasa esto y esto...sí, ella muy tranquila me escucho y me dijo: mira, tienes un 90% que si estas embarazada y entonces no tienes de otra, y yo le decía: ¿y si aborto?, yo no quiero... y ella me decía: eso es muy peligroso por qué hasta te puedes morir tú. Y dice: no lo veas como que ya me equivoqué y lo voy a abortar, has conciencia de lo que ya hiciste y que lo vas a aceptar como viene. Yo decía: ¿es que soy una niña!, es que ¿cómo voy a hacer eso? Me dijo: pues sí, pero eres tú, relájate, habla con este muchacho y si te apoya pues qué bueno y si no, tienes que ver que vas a hacer, yo te voy a apoyar, pero aquí tienen que estar los dos para ver qué se va a hacer. Y por eso hable con él, por qué de hecho yo decía: lo aborto y no le digo nada, pero no, gracias a dios llevo mi tía y no lo hice”

A: “...confusión, no lo quería, no lo quería ver. Y también, yo creo que no lo aborté por miedo. No me veía abortando. Mi mamá decía que abortara, mi papá igual. Y la familia de mi esposo decía que lo que yo decidiera. Psicóloga: Y él, ¿qué decía? A: Igual, que yo decidiera. Toda la decisión fue mía, y pues ya de plano...lo voy a tener”.

“...me la pasaba pensando en eso, más adelante decía: ¿sí lo aborto?, pero no, ya estaba muy avanzada. Tampoco opciones de darlo en adopción, como que no, a lo mejor si haces feliz a otras personas pero no tenía ese ánimo de dar a mi hijo, porque ya después lo sentía en mi panza y era distinto. A veces me enojaba y decía: pues es que yo escogí esto, me enojaba conmigo. Decía: tuve tantas opciones y elegí esta, a veces sí sentí que había sido la peor”.

C: “... tal vez por los dos sí, no planeado, yo lo deseaba”.

S: “Me sentía responsable de traerlo al mundo, yo decía: ¡ay no!, ¿qué tal y después quiero tener hijos y ya no puedo?, me pasaba mucho esa cuestión...moral, religiosa, de todo lo que pueda haber si abortaba”.

P: “...me dijeron que estaba ya formado y decidí tenerlo”.

M.A.: “...mi mamá me buscó y me dijeron, que si no volvía a la casa, ya no iba a poder ver a mis hermanos. Yo sabía que ella quería que volviera a mi casa porque no querían que tuviera a mi hijo, pero yo tampoco quería perder a los que ya tenía, entonces me dieron medicina para abortar, pero no pasó nada, afortunadamente. No sé si no me la supo dar o no quiso dármela como era, pero mi hijo nació bien. Más bien, todo ese tiempo fue como que yo creía que no estaba embarazada, pero me seguía sintiendo mal, decía: algo pasa, sangre un día después del medicamento”.

A.M.: “... escogí tener yo un bebé. Yo desde muy niña siempre quise tener un bebé. Yo recuerdo que en la primaria a los 6-7 años yo compraba de esos muñequitos y lo guardaba en mi bolsa y siempre decía que era mi bebe, su chupón, lo cambiaba...siempre tuve esa inquietud de ser mamá”.

Análisis:

Se encontraron diversos factores que influyen en las adolescentes para continuar con el embarazo. En “R” no es una decisión personal ya que se encuentra presente una tercera persona que brinda información de los riesgos. Podemos ver que manifiesta incapacidad para adquirir la responsabilidad debido a que aún se percibe como una niña, como lo señalan Aberastury y Knobel (1994) y Feldman (2007).

“P” y “M.A.” presentan una situación alterna que las obliga a continuar con el embarazo (tiempo de gestación, chantaje).

“S” le da mayor importancia a los factores morales y religiosos para tomar la decisión de no abortar, además de asumir su responsabilidad.

En “A” recae completamente la decisión, el apoyo de su pareja influyó en la decisión de tenerlo como exponen Cárdenas, et. al., (2004) y Rodríguez (2006). De la misma forma se detecta frustración ante la aceptación de haber tenido tantas opciones y encontrarse en dicha situación.

“A.M” idealiza el embarazo para compensar necesidades de afecto y soledad así como señalan Merino y Rosales, 2011.

Finalmente para “C”, la decisión de continuar fue absolutamente personal debido al deseo de convertirse en madre.

12. Estado emocional durante el embarazo: emociones y sentimientos que experimentan las

adolescentes durante su embarazo.

R: "...estaba enojada, me pegaba en el estómago y pues decía: ¡es por tu culpa! Pasó esto por esto, estaba enojada y lloraba, pues no sabía si era más mi coraje o porque ya no podía hacer lo que yo quería hacer".

"...me enojaba, siempre he sido de un carácter muy explosivo porque me enoja con mucha facilidad y me enojaba estar así, ¡es que eres bien mensa! ¿Por qué hiciste así las cosas?, y me enojaba mucho y por eso lloraba".

A: "...porque extrañaba a mi mamá y hermanos. Mi mamá también me escribía mensajes de: ¡te extraño mucho! y chillaba más".

"Si me sentía deprimida, como que no era lo que quería. Y ya después me di cuenta que era lo que tenía y dije: mejor hacia adelante, en lugar de quedarme todavía en mi depresión y seguir pensando en que hubiera sido de mi vida si no hubiese tenido a mi hijo".

"Si me deprimí y pensé: ¿qué voy a hacer?...ya no voy a salir, ya no voy a poder hacer esto o lo otro".

S: "Lo viví contenta dentro de lo que cabe, porque el primer paso de decirle a mi papá ese fue el que me costó trabajo. Cuando mi papá ya lo anunció a sus hermanos no tuve problemas, me sentí aceptada, me sentí querida. En la familia de él, iba a llegar la niña y mi suegra siempre quiso a una niña, muy relajada, no tuve dificultades".

M.A.: "...un tanto difícil. Feliz como cualquiera. Tengo dos hijos, tengo una hija más pequeña, es siempre esa felicidad, esa espera. Lo viví complicado porque no teníamos dinero, a veces teníamos para comer, a veces no, a veces así nos quedamos. El proceso fue complicado, por un lado rechazaba a mi pareja, a veces quería estar con él, a veces no quería verlo...mis cambios de humor. Pues lo normal, pero siempre esa espera, esa felicidad al menos para mí así fue".

A.M.: "...a pesar de que vivía con mi mamá y mis hermanas yo me sentía muy sola, sumamente sola, sentía que no había nada ni nadie alrededor de mí".

Análisis:

En esta categoría se encontró ambivalencia en sentimientos y emociones expresadas por estas mujeres (depresión, enojo, aceptación, soledad, coraje, entre otras) (Secretaría de Salud, 2002).

En "R", predominó el enojo y coraje durante todo el embarazo, no asume las consecuencias de sus actos, culpando al bebé de la situación en la que se encuentra.

"A" manifestó "depresión" y frustración sobre su futuro al ver truncada la posibilidad de vivir una adolescencia común según Suárez, et. al, 1985; Fleiz, et. al.,(1999).

"S" sentía aceptación de su familia, aspecto que la hacía sentirse feliz y relajada.

“M.A” se percibía contenta a pesar de las complicaciones que describe, acompañado de ambivalencia de acuerdo a la Secretaría de Salud (2002) y Fountain (1961) (citado en Horrocks, 1984).

Por último, “A.M” refirió sentirse sola aún estando con su familia, característica del adolescente (Aberastury y Knobel, 1994).

13. Residencia durante y después del embarazo/ decisión del lugar de residencia: lugar en el que la mujer se establece a vivir durante su período de embarazo y posterior a este.

R: “Yo salí de la secundaria y en vez de ir a la escuela, me fui a vivir con él.

Psicóloga: ¿viviste en casa de él desde que te enteraste que estabas embarazada? R: “sí”. Psicóloga: ¿viviste ahí todo el proceso de embarazo? R: “todo”.

A: Psicóloga: ¿Desde qué te embarazas decides irte a vivir con él?. A: Sí, bueno me tarde como...nos enteramos en noviembre y a finales de diciembre ya estaba yo con él, en su casa”.

C: “...después de que nos juntamos. Lo que pasa es que él tenía una relación con otra persona, creo que tenía meses de haberse juntado con esa persona pero decidió dejarla por mí. Y pues empezó mal y terminó mal. Obviamente al no estar viviendo con esa persona nos fuimos a Oaxaca, me llevo a casa de sus papás, allá vivimos como un año y medio o dos”.

Psicóloga: Se van a Oaxaca, ¿ahí te embarazas? C: “Sí”.

S: Psicóloga: ¿te embarazas y vas a vivir con él? S: “Vivimos con su familia, su mamá y con su hermano que es casi de la edad de mi hermano”.

P: “...entonces yo le decía a mi mamá que ya me iba a ir de la casa, ella me decía: acaba la prepa y te vas. Y acabé la prepa y ya me voy, y fue cuando él ya estaba más, entonces nos mudamos de casa porque mi hijo ya tenía tres o cuatro años. Me dijo que si se lo podía llevar un fin de semana y le dije a mi mamá: oye, se va a llevar Ch al bebé. ¿No!, ¿cómo se lo va a llevar? Él se enojó porque yo le preguntaba a mi mamá y pues ella era la que tenía el poder de dirigirme porque estábamos en su casa. Esa vez me acuerdo que se enojó y yo llegué a mi casa y estaba enojada con mi mamá, recuerdo que fue cuando mi hijo estaba en segundo de kinder y fue cuando terminó su ciclo y luego me fui, se enojaron. Él trabajaba y nos aceptó su familia, un tío nos dijo que le ayudáramos a pagar la renta y ahí nos fuimos”.

M.A.: “...a veces había donde quedarse, a veces no, cuando yo siempre tuve un techo, entonces fue complicado ya cuando nació mi hijo. Mi abuela nos aceptó de nuevo en su casa, fue cuando nos venimos a su casa”.

“Nos quedamos en casa de una amiga, le pedimos permiso y nos dejaba quedarnos... pues en el sillón, pero a final de cuentas teníamos en donde dormir” (durante el proceso de embarazo).

“Le prestaron una casa de una amiga, estuvimos viviendo con ella y a final de cuentas pagamos una renta, aunque después nos tuvimos que salir de ahí por qué te digo que yo regresé a mi casa...a casa de mi abuelita”.

A.M.: “Todo el embarazo me la pase sola, en casa de mi mamá. Un día, su mamá me mandó a decir con él que fuera que por qué me tenía unas camisetitas, y ya la señora no me dejó regresar a mi casa...ya me quedé ahí”.

Análisis:

Todas las participantes en algún momento viven con el padre de sus hijos, ya sea previo o posterior al embarazo. Seis de ellas viven en casa de la familia de su pareja, con excepción de “M.A”. Cuatro (“R”, “A”, “C” y “S”) se van a vivir con ellos inmediatamente después de saber que están embarazadas.

“P” y “A.M” no va a vivir con su pareja hasta después del embarazo, finalmente “M.A” expresa inestabilidad de residencia durante el embarazo, sin embargo la abuela materna la acoge posterior a este.

PERIODO POSNATAL

14. Redes de apoyo posnatales para cuidados del bebé: se refiere a las personas que se encontraban apoyando o instruyendo a las adolescentes durante la etapa posterior al embarazo, con cuidados y responsabilidades del bebé.

R: “Cuando llega M todo el mundo me ayudaba, la suegra, mi mamá, las cuñadas y me decían cómo hacerlo y si me dejaba guiar por qué me daba miedo que le pasara algo a ese bebé”

“...mi suegra fue la que más estuvo, mi mamá muy poco. Y ella me decía cómo tenía que agarrarla y si, era muy obediente. Me gustaba agarrarla, me gustaba bañarla, darle biberón”.

A: Psicóloga: ¿La familia de él los apoyó? A: Si, lo que pasa es que es hijo único. Entonces, nada más vivía con su mamá y su papá. Llegamos ahí, mi suegra tenía 50, entonces ya estaba grande. Estaba contenta, ella sí estaba contenta porque decía: ¡ay por fin voy a tener un nieto! Ella sí nos apoya mucho hasta la fecha, y su esposo igual no le gustaba la idea de que abortara, siempre nos apoyó”.

“Pues hasta eso no por qué su mamá nos hacía todo, si sentía raro por qué la señora siempre estaba en la cocina, casi no me dejaba hacer nada: ¡no, tú acuéstate, tú siéntate!, pues yo estaba todo el día acostada viendo la tele y él se iba a trabajar. Cuando íbamos a la escuela, íbamos a la escuela, yo me iba para la casa y él se iba a trabajar”.

C: “Estaba distanciada de toda mi familia por haberme ido con él, por qué no estaban de acuerdo. Solo vivíamos allá, yo, él y su papá, mi suegro”.

“...yo aprendí sola. Bueno, en el hospital más o menos me dieron indicaciones; que sí a sacarle el airecito, que cómo poner el pecho para que se acomodara, en el hospital más o menos me orientaron los días que estuve ahí. Lo demás lo fui aprendiendo yo solita poco a poco, como bañarlo. De vez en cuando nos llegaba a visitar su hermana de él y me ayudaba a bañarlo, cositas así”.

“... casi no le platicaba a nadie, me daba vergüenza que la gente supiera que había fracasado como tantos me habían dicho. No le contaba a nadie, decidí hacer mis cosas sola, me fui a vivir sola cuando me separé, nada más agarré a Cris, un poco de ropa y vámonos. Me fui con una amiga pero mi familia no supo qué es lo que hacía, por qué lo hacía, ni nada”.

S: “Los tuve que aprender sola porque mi mamá siempre ha trabajado, su mamá de él era comer puras cosas de garnachas, yo no sabía que tenía que darle papillas. A tenía seis meses cuando le di por primera vez de comer, todo eso que no sabía no sé si era que A también se enfermaba. Fue muy difícil sobre todo el primer año de vida de A, porque no sabía ser mamá y no había quién me dijera, hasta que la bisabuela de A me dijo: creo que le tienes que dar un caldito ¿no?, yo no cocinaba, su mamá de su papá menos”.

P: “...dice él que si quería entrar (al hospital) pero se encontró a mi mamá y ya no lo dejó entrar, se fue, ya fueron por mí y no lo vi hasta los cinco días que ya me había aliviado, estaba en casa. Mi mamá estaba más al pendiente y cuando mi pareja me iba formalmente a ver, mi mamá se ponía más estricta y se enojaba”.

“...fue cuando mi mamá compró las pezoneras especiales y ya solamente así pudo comer, fue así y mi mamá lo bañaba yo le daba de comer y lo dejaba en una camita, pero de hecho no era muy latoso porque en las mañanas cuando estaba dormido se despertaba le daba leche, se dormía y según cuando yo iba a la escuela no se despertaba, hasta que yo llegaba me escuchaba y ya empezaba a llorar. Entonces me decía mi mamá: no pues no se ha despertado, está dormido desde que tú te has ido. En la noche lo revisaba que no estuviera sucio, le daba pecho y ya otra vez a dormir, entonces como que de chiquito no fue latoso, todo esto lo aprendí con mi mamá, ella fue la que me apoyó más, y bueno también mi hermana porque luego si se despertaba en las noches, como dormíamos juntas en el mismo cuarto, se despertaba en las noches, como dormíamos juntas si luego ella se levantaba y me decía: ¿no lo escuchaste despertarse?, estuvo llorando toda la noche...”

M.A.: “...mi abuela me llevó al doctor y me dijo: es que estás embarazada. Fuimos a hablar con un doctor que conocíamos y nos dijo: no te preocupes, las pastillas o hacen o no hacen, no te preocupes está bien, así hasta que nació. Mi abuela siempre fue como darnos más, ella nos procuraba y cuidaba. Yo delegué la responsabilidad de mi hijo con su bisabuela y por eso ahora él le dice mamá a mi abuela”.

A.M.: “...llegaron mis hermanas, y como una señora me había dicho que me tenía que bañar con agua bien caliente para que empezaran los dolores, pues me bañe con agua bien caliente y ahí vamos, caminando toda la pista y yo con unos doloresasos y ya como pudimos llegamos al centro de la comunidad, agarramos el pesero, así como nos subimos hasta otro pueblo y de ahí todavía tuvimos que caminar todavía para la clínica. Llegando, en menos de 45 minutos nació mi bebé. Fue raro por qué si tenía a mi mamá a mis hermanas pero yo me sentía rara, como que tenía esa fantasía de que te casas y el esposo y la esposa reciben al bebé, y yo no tuve todo eso. Sentía feo cuando al otro día, empiezan a llegar los maridos a ver a sus hijos y yo no. La que llegó fue mi hermana a dejarme un sácate, un jabón y no sé qué otra cosa, nada más y yo sola con mi bebe. Fue muy triste, la verdad no me gustó nada...”

“... y lo que me gustó de ese día fue que mi mamá me apoyó mucho, por qué yo iba toda temerosa, bien infantil no sabía ni que decir, y llega mi mamá me lo quita y se mete como loca, tenía un temperaturon el niño pues yo no sabía ni qué hacer. Y ahí fue donde me di cuenta que tenía que ser así de agresiva y más por mis hijos. Y eso se lo agradezco porque de alguna u otra forma me lo enseñó”.

Análisis:

Ninguna participante refirió haber recibido apoyo para los cuidados del hijo/a por parte de su pareja. El apoyo o instrucción fue tomado únicamente por mujeres (madres, abuelas, suegras, hermanas).

“C”, “S” y “A.M.”, dijeron sentirse solas durante este período de aprendizaje, recibiendo esporádicamente apoyo, motivo que las llevó a asumir totalmente su maternidad.

Cabe destacar que existe una gran diferencia entre asumir los cuidados y enseñar a ejercerlos, como ocurre en “R”, quien explicó que este tipo de apoyo e instrucción le fue proporcionado por la suegra para posteriormente ponerlos en práctica.

A “P”, “A” y “M.A” no las enseñan a cuidar a sus hijos, por el contrario, les resuelven sus responsabilidades.

15. Responsabilidad del padre: en esta categoría se aborda el compromiso, las obligaciones y cuidados que el padre adquiere o no hacía el bebé.

R: *“Cuando ellos ya crecieron, empiezo a trabajar en fines de semana, por qué yo veía que mi marido no era bien portado, pero ante sus hijos ¡él siempre! Cuando llegó Óscar también, lo que tenía Óscar era que era muy chillón, y él se enojaba: ¡es que tiene mami!”, decía, trae pegadas las faldas. Y se enojaba, por qué el niño lloraba mucho, o yo no estaba y se enojaba con ellos, pero pues como peleábamos mucho, decía: ¡yo mejor me voy!... se llevaba a mis hijos y se salía”.*

“...pero él sí pleito y pleito siempre por sus hijos: ¡cuando estabas embarazada ni querías a M! y me sacaba y decía: no se va a ir, si te quieres ir ¡vete corriendo! yo quiero que te quedes, y que estés con nosotros, con los niños pero tú te quieres ir”.

A: *“después decía si quiero salir y hacer lo que cualquier adolescente hace, o hacer lo que cualquier chica de 16-17 años hace, pero ya no era lo mismo y mi marido sí se molestaba: ya no es lo mismo, tenemos otras responsabilidades. Ahora sí, que como que él creció y yo me quede en “stand by”. Ahorita es de todos parejos, me compro ropa yo, le compro ropa a mi hijo, te compras ropa tu...”*

C: *“Yo con su papá no platicaba sobre los problemas de mi hijo, por lo mismo que no tenía apoyo. Pero saqué mis propias conclusiones, tome mis propias decisiones, con él no contaba para nada. Entonces yo decía no tiene caso que hable con él. Yo me imaginaba que por la agresividad que había en mi hogar, tal vez por eso Cris era así. No podía imponer mucha regla, por qué el papá lo agredía y a la vez lo consentía, por la culpa o que se yo. Después de que le pegaba, le daba nalgadas y así, luego luego lo abrazaba y le pedía perdón”.*

C: *¿quién solventaba sus gastos? C: “Pues él entre comillas, no ganaba mucho. Era una vida muy limitada, en cuestiones económicas, si teníamos una vida muy limitada. Casi no le comprábamos a nuestro hijo. Ganaba muy poquito, \$350 a la semana, no pagábamos renta pero ni así alcanzaba, era muy poco”.*

S: *“...él papá en ese momento tenía un trabajo de chofer, repartir niños, entonces iba a repartir a los niños y regresaba muy cansado. Yo le decía: te toca ahora cuidar a A. ¡Ay no!, yo vengo cansado... entonces yo era muy explosiva”.*

S: *“Nos separamos y dijo: te voy a pasar la mitad de la quincena. Pues la mitad de la quincena llegó una o dos veces, después ya nada. Entonces, cuando llegábamos le decía: oye ¿sabes?, A, ya va a entrar al preescolar, a la primaria... Y yo la quería meter a tal colegio porque me convenía, lo podía pagar, mi papá puede ir a dejarla en las mañanas, yo en las mañanas voy a entrar a estudiar la prepa, entonces todo me queda perfecto. Decía: ¡No!, métela al colegio de monjas, va a estar medio año internada, nos lo recomendaron. Pues fue conmigo a dar la jeta y el tipo jamás, jamás regresó”.*

P: *“...en esa etapa (embarazo) lo vi como dos veces, él me ayudaba con lo económico pero no podía verlo”. Psicóloga: Durante ese proceso ¿Tú pareja que te decía? P: “Él casi no se metía en ese asunto, sobre no poder ver a su hijo, él quería estar ahí para cuidarlo. Como que el también no le gusta hablar de esa etapa porque no convivió con nosotros...”*

Psicóloga: *¿cómo era la relación con tu hijo? P: “Era buena, pero cuando él llegaba de la escuela, lo ponía a hacer tarea y siempre me preguntaba: ¿a qué hora va a llegar mi papá?, porque ya quiero jugar. Yo le decía: ¡vamos a jugar!, y me decía: es que con él me divierto más. Y ya le decía: bueno, entonces ve la tele. Hasta que llegaba su papá, bajaba y se ponía a jugar con él. Además los juegos de hombre como que no, estar con los carritos no. Ya llegaba y me decía que fuéramos al parque pero yo le decía que no tenía ganas y me decía que todo el día me la pasaba ahí que saliéramos y ya salíamos, jugábamos fútbol aunque no me gustara”.*

“En el momento que él llega a vivir conmigo, mi hijo ya tenía tres o cuatro años y me dijo que si se lo podía llevar un fin de semana y le dije a mi mamá oye se va a llevar C al bebé”.

M.A.: ¿cuándo él te dice que te vayas con él, tenía un lugar seguro en donde vivir? “No”.

“...cuando empezó a tomar se deslindó de sus responsabilidades y también con su hijo”.

“...después de eso ellos siguieron conviviendo, por qué yo procuraba que si él (padre) venía pues lo viera. Aunque ahora yo sé que lo buscaba de pretexto para buscarme. Pero yo aprovechaba para que ellos estuvieran juntos. Si ya que pases tiempo con él, regresas y platicamos. Ellos seguían conviviendo, se seguían viendo pero de pronto él ya se fue y no se volvió a aparecer...”

“En los 7 años que convivió con él fue cuando se dio cuenta que quería a su papá. De ese tiempo para acá, lo ha visto dos veces y por casualidad”.

A.M.: “...él se iba todo el día a trabajar o disque a trabajar, no sé. Ni siquiera me acuerdo de eso. Él se dedicaba a vender revistas, le llama “chiquifables”...él iba a los departamentos tocaba ofrecía las revistas y de ahí quería vender. Pero yo no recuerdo que a mí me diera dinero, nada, todo se lo daba a su mamá”.

Análisis:

Las parejas de “R”, “A” y “P” se hacen responsables tanto económicamente como en la crianza hasta la actualidad.

En “M.A.”, “S” y “C” se hicieron responsables económicamente en el nacimiento pero perdieron esa consistencia con el tiempo. En “S” existió apoyo económico mínimo, pero nunca en cuidados y crianza.

“C” decide retirarle esta responsabilidad debido a que su crianza era inadecuada.

“M.A.” obligaba a su pareja a ejercer el rol a través de condicionamientos.

La pareja de “A.M” adquirió responsabilidades inconstantes.

Nota: como menciona Blos (1975) la adaptación a una situación es diferente al inicio de la adolescencia que al término de esta, como se pudo observar en el caso de “A” respecto a su maternidad y la conciencia de lo que esto implica.

16. Estilos de crianza que ellas adoptan: el tipo de comunicación, apoyo, límites y afecto que las madres llevan a cabo con sus hijos.

R: "...por ejemplo, que era muy consentidora con ambos, de hecho más con Óscar, era muy permisiva. Y su papá llegaba o que les dijera te voy a pegar por tal cosa. ¡Ándale!, nada más atrévete y veras, pero por qué yo no quería que lo hiciera...cuando yo les decía: ya en buena onda ya estense, por qué ya se están pasando de la raya si no le voy a decir a su papá...Ni le dices, te pones y no nos hace nada. Pero si, cuando algo que ya pasó y definitivamente ya me enojaba mucho, ya le decía, pero ya había dejado pasar como diez. Ahora sí, le voy a decir... Cuando le decía, yo la verdad me salía a la calle o iba a la tienda, mercado o súper o a donde fuera por qué cuando se enojaba, les pegaba y eso a mí me enojaba".

"...y él me decía que por mi culpa eran así, por qué yo me metía y que teníamos que hablar primero o que aunque él estuviera mal yo no tenía que meterme, pero pues yo hasta estaba necia y me enojaba. ¡Tú no estás todo el día y cuando estas, te los acabas!, yo me salía y él se quedaba y pues ya cuando llegaba ellos ya estaban llorando en su cama y pues sentía más feo verlos así, pero ahí me enojaba como dos o tres días, ya no le reclamaba, solo le dejaba de hablar que creo que es lo mismo...me bajaba a lavar, me bajaba a hacer algo, no estaba ahí ya hasta en la noche. Hablábamos por qué como él decía que yo era muy explosiva, él se salía y me decía: vengo en la noche y vamos a hablar, siempre como que muy firme. Pero él se da un tiempo porque es muy agresivo y así pasaba".

A: "De pronto me cuesta trabajo manejarlo por qué como es hijo único, lo consiento demasiado. Todo lo que me pide se lo doy, trato de que no haga berrinches muy rápido, mi interés es poder controlarlo, que ya no sea tan berrinchudo, encontrar la forma por qué tampoco me gusta pegarle".

"...cuando está conmigo pues no, ya me tomo la medida: ¡mamá cómprame esto!. Y si he hablado con él: tú no sabes si tengo el dinero o si traigo dinero para comprarlo...pero bueno, termino comprándolo. Siento feo el no comprárselo y mi marido es más duro: ¡dije que no te lo compro y no te lo compro, así chilles y patalees no te lo compro!".

"No se, siento muy feo que me diga: ¡mamá cómprame esto! y le diga: ¡no!. Aparte sus caritas, es como un chantaje, siento feo. Y es que también, no nada más es a él, es a él y a mi hermano. Voy por los dos al kínder, entonces también es mi hermano. También mi hermano sabe, por qué a mí mamá no le exige nada, no dice: mamá cómprame esto, es conmigo, dice: ¿me compras un dulce?. Pero con los dos he hablado y mi hermano dice: bueno, ¿hoy traes dinero para que me puedas comprar?, pero mi hijo todavía no...Dice: ¡No mamá, cómprame!. A veces si trato de llevarle la fruta o un dulce que tengamos en la casa, se lo llevó a los dos, ya con eso ya no me piden. Siempre les he dicho que no siempre les voy a comprar un dulce, a veces puedo traer fruta y los dos dicen: ah bueno, está bien, no importa. Pero si, mi hijo es más exigente, antes era comprarle un huevo kínder, diario diario. Ahorita hablo más con él y le digo: oye me voy a ir al curso, te vas a quedar un ratito con tu abuelita... ¿y cuando regreses me compras algo? Siempre le digo: lo voy a pensar o voy a ver, depende de cómo te portes. Pero ahorita llevo y ya está dormido entonces ya no se acuerda, ni al día siguiente".

"Poco a poco trato de hablar con él y decirle: ahorita no traigo dinero suficiente para comprarte esto, o lo podemos cambiar por otra cosa...pero casi siempre se sale con la suya".

Psicóloga: ¿accedes a comprarle lo que él quiere? A: "No siempre. A veces sí, como que ahora no se lo compro, cuando estoy muy muy enojada que si se pasó con sus berrinches, pero a veces sí me cuesta trabajo y, no bueno pues se lo compro. Y me dice mi esposo: es que tú tienes la culpa por qué se lo compras, si le estás diciendo que no y terminamos comprándolo. Es ahí cuando difiero con mi marido, o cuando salimos los tres igual que pide algo, le digo: ¡ya cómpraselo! y dice: no, es que no siempre es lo que él quiere, y yo: ¡pues ya cómpraselo!".

C: "...no podía poner muchos límites, mucho respeto, mucha regla ahí, por qué él se enojaba, como dicen los machos "el era el que llevaba los pantalones en la casa", entonces no podía hacer mucho. Por eso empecé a buscarle, a moverme y empezar a buscar ayuda, apoyo para C. En la guardería me recomendaron con una psicóloga, empecé a orientarme, que lo mejor era que me alejara de su papá y hablara con él si quería cambiar, echarle ganas o que de plano me alejaba de él por qué le estaba haciendo mucho daño a mi hijo, le estábamos haciendo mucho daño a mi hijo".

"Me enojaba mucho con él, hasta ahora nunca he sido buena para poner consecuencias, me cuesta mucho mucho, he tomado cursos y todo, pero esa parte de que muestra mucho".

"...lo básico y lo más importante son los límites y reglas, de los padres hacia los hijos, el poner límites y reglas en la casa y es lo que me cuesta mucho con Cris y desde chiquito siempre fueron las recomendaciones de las profesoras, de las maestras que trabajaban en la guardería, de la psicóloga y todas las personas con las que he tratado sobre este problema siempre ha sido lo mismo: es que a Cris le faltan límites, es que tiene que ponerle límites. Entonces nunca lo he hecho, trato de hacerlo, pero no las cumplo al cien, por eso se me ha complicado".

"Simplemente la flojera, por así decir, por qué ha habido veces que le digo: ¿por qué hiciste tal cosa?, te voy a quitar la tele por una semana o tantos días... pero con tal de que yo esté a gusto haciendo mi quehacer o descansando un rato, ya rompí con ese límite, él va y sabiendo que no puede, pero porque ya me tiene medida, va y me pregunta: ¿puedo ver la

tele?, y con tal de que me deje descansar o hacer mis cosas, le digo: ándale ve a verla. Es cuando se arruino todo, es el momento donde se rompen los límites y las reglas”.

P: “Ahorita ya soy yo y a veces me cuesta mucho trabajo y él papá es más estricto, de hecho cuando vivíamos con su familia si le daba una nalgada y mi hijo se calmaba, pero ahora que vivimos con mi familia otra vez, ya se desató su disciplina que le había puesto, ya valió. Ahorita ya no lo regaña su papá porque lo acusa con su abuela, entonces ya se escuda y no le hace nada”.

“Ahora si, él ya no se mete en la educación con mi hijo. Cuando hay problemas con el niño, él me dice que yo le llame la atención, pero a mí no me hace caso, a quien le hacía caso era a él. Él me decía que no podía decirle nada porque estaba mi mamá”...Ahorita ya se llevan mejor, pero si estamos todos, mi mamá le dice una cosa, mi papá otra, mi hermana luego le llama la atención, yo le digo otra cosa. Ahorita está como una caniquita pensando: ¿para dónde voy?”

“...Si, es el problema principal. Además que yo no sé cómo llamarle la atención. Hay veces en que le llamó la atención y se empieza a reír, después de tanta risa que tiene, me da risa a mí y yo ya no puedo... Cuando ya estoy muy enojada, si le grito y ya se queda callado, y me pregunta: ¿por qué estoy enojada? y le explico, llega mi mamá y el niño le cuenta que yo lo regañé y mi mamá ya me regaña, que qué le hice al niño, ya le explico y ella ya le llama la atención”.

Yo he hablado con mi mamá respecto a que no lo regañe, ella me dice que ya no se va a meter, pero no lo hace. Ahorita ya es menos. Ella nos dice cuando hay algún problema o algo que haya hecho mi hijo y ya nosotros lo regañamos”.

S: “Mi papá si estaba de buenas era su papá y la podía castigar y si mi papá estaba de malas, era mi hija y era mi responsabilidad”

M.A.: “...darle pecho tal vez en el día no, por qué yo me iba y trabajaba, procuraba que durmiera conmigo, tomará pecho conmigo hasta que cuando dejó el pecho, ya se lo llevaba más ella (abuela)”.

A.M.: “...no sabía hacerlo por qué yo desde que mis hijos nacieron, si me vi más relajada, casi como mamá gallina para protegerlos mucho, permisiva, apapachadora. Eso sí, sí trate en ser apapachadora por qué cómo te comentaba, cuando mi mamá alguna vez intentó abrazarnos, nosotros no estábamos acostumbradas a que se nos acercará, ósea su olor... ¿qué onda?, ¿quién es esta señora? y yo no, yo traté de tenerlos siempre muy pegados a mí, mucho. Simplemente para dormirlos a mí me gustaba mucho dormirlos cantarles y acariciarlos”.

Análisis:

De las siete participantes, cinco (“R”, “A”, “C”, “P” y “A.M”) adquieren un estilo de crianza permisivo (Traveso y Pierina, 2007). La figura paterna se encargaba de ejercer el rol autoritario en la educación del niño por lo menos en cuatro de los casos (“R”, “A”, “C” y “P”).

“P” y “M.A.” perciben su rol en la crianza como amamantar a sus hijos.

“M.A.” no adopta un estilo de crianza específico por que no asumió su rol de maternidad en ese momento.

17. Delegar o perder funciones parentales: se indaga sobre qué tanto asumieron la responsabilidad de criar a sus hijos o si dejaron estas obligaciones a cargo de alguien más en algún momento de su vida.

A: “Yo no tenía planeado trabajar tan rápido, pero se dio la oportunidad y me fui a trabajar, mi hijo tenía dos meses. Entonces se lo dejaba, como mi mamá seguía trabajando en la delegación, se lo dejaba en la mañana, de 7am a 2pm que salía de trabajar, mi mamá se lo dejaba a mi abuela, entonces mi mamá pasaba por él y se lo quedaba ella hasta las 7pm. Por qué yo empecé a trabajar lejos y salía hasta las 6pm”.

“...como mi suegra está en el cuarto de a lado, siempre que se pelea conmigo o que empieza a llorar se quiere ir con mi suegra. Le digo: ¡no vas a ir con tu abuelita hasta que te quedes ahí 3min y pienses que es lo que estás haciendo!. Si se queda los tres minutos, llore y llore y ya después se tranquiliza y va y me dice: mama, ¿me perdonas?...y ya”.

“Yo he tratado de poner los límites, por qué de hecho, cuando A empezaba a hablar, le decía que le dijera mamá (la suegra) y yo si me molestaba y le dije: no señora, es que usted no es su mamá es su abuelita, y podrá ser como su segunda madre pero sigue siendo su abuelita, pero yo soy su mamá... y si le bajó por qué finalmente los abuelos te consienten demasiado, yo hasta la fecha lo veo con mis abuelos y todavía. Entonces, no le digo yo directamente a mi suegra, por qué si me da pena por qué vivimos en su casa y me da un poco de pena. Entonces si le digo a mi marido: es que yo estaba regañando A y tú mamá le dio un dulce... y ya va y le dice: no mamá, ya te he dicho que no te metas, que no le des el dulce, que si A lo está regañando pues que no te metas...y cositas así”.

S: “...mi papá pasaba y dejaba a su hija mayor a la prepa, a mi hermana a la secundaria y a mi hija al preescolar, entonces yo ya había perdido ahí, ya no era la mamá de A, era como la hermana mayor”.

“...Mi papá si estaba de buenas era su papá y la podía castigar y si mi papá estaba de malas, era mi hija y era mi responsabilidad”.

P: “Ella lo regañaba cuando él se portaba mal, lo limitaba a hacer cosas, como era su casa y pues yo nada más decía bueno...yo le preguntaba a mi mamá y pues ella era la que tenía el poder de dirigirme porque estábamos en su casa”.

M.A.: “...porque pues tanto yo delegue la responsabilidad, como mi abuela la tomo, perdí contacto con él, tanto yo delegue la responsabilidad con mi hijo con su bisabuela y por eso ahora él le dice “mamá” a mi abuela”.

“Mi abuela es la que está al pendiente por qué yo procuraba por las noches darle de comer...se iban, hacían cosas, yo no podía porque tenía que ir a la escuela y después trabajar. Para mí pareja y para mí era como no tener hijo...”.

Análisis:

“A”, “S”, “P” y “M.A” delegan su rol materno a terceras personas por diversas circunstancias;

“A” deja esta responsabilidad a su madre, abuela y suegra por cuestiones de trabajo, actualmente está retomando su rol con dificultades, lo cual coincide con lo expuesto por Riedemann (2004).

“S” pierde sus funciones de maternidad al depender de su familia económicamente y por vivir ahí (Maldonado y Micolta, 1999).

“M.A” delega completamente la responsabilidad a su abuela por motivos escolares y laborales.

Al unir la teoría con las entrevistas, la corta edad y los nuevos roles incrementarán la dependencia de estas mujeres tanto con su familia como con su pareja teniendo dificultades para participar en la crianza por motivos de educación o de trabajo así como menciona Maldonado y Micolta, (1999).

18. Estabilidad-Inestabilidad de la pareja durante y después del embarazo: el tipo de relación que la madre adolescente estableció con su pareja en el período de embarazo y posterior a este.

R: “...siempre peleamos mucho porque él tomaba mucho mucho. En cuestión de dinero, para su hija hasta se la llevaba a la fiesta con sus amigos. Trabajaba sí, fue muy trabajador. Cada ocho días llegaba y aquí está para pañales, para leche y gasto pero se desaparecía después de eso. Se iba sábado, domingo. Al principio era un día y llegaba al otro día, llegaba diario después de 12 años, toda la vida fue así. Ya era que se iba el viernes, regresaba el lunes, se bañaba y se iba. Peleábamos mucho, por qué él tomaba mucho, y yo decidí empezar a trabajar por qué ya estaba Oscarín. Yo decía: yo me voy a buscar un trabajo de fin de semana y como sé que no va a dejar a sus hijos, pues él los va a cuidar... y así le hice. Le dije: yo me voy a ir a trabajar, yo me aburro muchísimo, miles de cosas pero lo hice porque ya te dije...Si, me iba de mesera viernes, sábado y domingo, entraba a la 1pm y salía a las 10-12 de la noche. En la mañana yo me apuraba, les tenía que dejar de comer y si yo no lo hacía, él lo hacía, lavaba y planchaba. El para sus hijos era todo, no ponía peros, de hecho empezó a dejar de llegar a la casa, sabía q yo me iba y llegaba y él estaba con ellos”.

Psicóloga: ¿Entre ustedes había agresiones? R: “pues siento que era yo...tras 11 años de estar divorciada, y ahora digo era mi carácter...que me decía algo que no me gustaba y le decía: ¡ay no te pases de pendejo!, pero yo sí le decía groserías y él no. El solo decía: bájale, bájale eh por qué te estás pasando. Yo era muy pasada, no sé cómo decirlo y siempre he sido así, muy explosiva, muy mal hablada y él se enojaba mucho...se daba la vuelta siempre”.

A: “Él era el más centrado y yo era la “chamaquita”. Luego yo le decía que me trataba como mi papá, a la fecha tiene unas cosas que digo: ¡ay no manches, pareces mi papá! Ya después con el tiempo fue de: ¡ah sí es cierto, sí tiene razón en esto! Nunca le di por su lado, nunca hemos llegado a golpearnos, nunca nada. A la fecha estamos muy bien, ahora sí los dos estamos como que más centrados, como al mismo nivel, ya vemos a futuro los dos para el bienestar de nuestro hijo y de nosotros. Ya no pienso nada más yo en mí y ya, como antes, decía: ¡cómprame ropa!, ósea comprarme ropa a mí, no le compres a mi hijo primero. Ahorita es de todos parejos, me compro ropa yo, le compro ropa a mi hijo, te compras ropa tu”.

C: “Después de que nos juntamos, dos o tres meses a lo mucho estuvimos bien, él me trataba bien. Pero ya cuando estuve embarazada, ya empezaba a tratar mal. Me celaba mucho, con todo y con todos. Empezó como poco a poco, primero con palabras, me insultaba...¿qué era?, ¿qué hacía? y ¿qué volteaba a mirar?. Me empezaba a agredir de esa manera con sus celos y sus insultos. De poco fue haciéndose mucho. Cada vez peor estaba, hasta que nació mi hijo. Era muy agresivo, muy celoso y me agredía y también empezaba a agredir a mi hijo desde muy chiquito, desde bebido era muy enfermizo desde pequeñito, le daban que si cólicos que si hipo, casi eran las noches estar despierta para él, lloraba y lloraba y en el día también. Entonces él se molestaba, le pateaba la cunita, cosas así. Era agresivo, así fue desde que nació mi hijo, ha subido de agresividad, de mucha mucha violencia hacia a mí y hacia mi hijo. Aguante con el 4 años, 4 años estuve con él, yo estaba muy enamorada, nos casamos todavía después de que nació mi hijo. Yo estaba ilusionada, más que nada por mi hijo, por qué yo sentía que ya tenía una familia feliz y tenía esa ilusión. Siempre tuve la esperanza de que el cambiara, pero fue haciéndose peor, fue más agresivo, más celoso. Un día me harté y me separe”.

C: *Psicóloga: Durante este proceso de separación, ¿hubo agresiones físicas? C: “Si, las había en sus celos y agresiones si estaban los manotazos o el jaloneo de cabello”.*

S: *Psicóloga: Con él papá de tú hija ¿Cómo era la relación? S: “Nunca fue buena, era una persona muy mentirosa, lo peor de todo era que yo lo sabía y la bruta fui yo, sabía que era una persona que mentía, es mitómano el hombre y yo le creía. Nunca nos llevamos bien porque si de repente alguien pasaba y le hacía ojitos él también le hacía ojitos, pues a mí eso no me gusta”.*

“Era por cuestiones de dinero, yo siempre he sido muy explosiva, lo agredía, le decía que era un huevón, después de que nació A, las peleas eran porque no llegaba con el dinero completo a la casa, a él todo se le hacía tan fácil, pedirle dinero a la mamá y que ella nos mantuviera. Lo que más recuerdo, es un día que estaba trapeando y me hizo enojar así que le aventé la cubeta de agua en la cara, yo decía no puede ser que no te cae el veinte”.

P: *“...ya cuando estaba embarazada menos me dejaban verlo, entonces cuando mis papás se iban a trabajar lo veía como en las mañanas, de las 9 a las 12 y ya lo veía, después él se iba a su casa y a hacer sus cosas. ¡Ah!, porque él dejó la escuela cuando iba a entrar a la preparatoria, entonces ya cuando se enteró que estaba embarazada buscó trabajo y le dieron así como trabajitos con su familiares y como trabajaba en la tarde pues ya en la mañana me veía, pero mis papás nunca se enteraban, pero como en la colonia viven muchos tíos pues ya alguno le decía. Ya a la fecha lo aceptan porque vivimos en su casa desde hace cinco meses”.*

“Ya después que yo me salí de la prepa y entre a una de paga, ya como que se había hartado de la situación, entonces yo le decía a mi mamá que ya me iba a ir de la casa, ella me decía: acaba la prepa y te vas... y acabé la prepa y ya me voy, y fue cuando él ya estaba más, entonces nos mudamos de casa porque mi hijo ya tenía tres o cuatro años”.

M.A.: *“Al principio todo muy bonito, ya sabes todo lo que tú quieres, lo escuchas, la cosa es que no se vuelve realidad, ya embarazada tenía problemas, se drogaba, se ponía violento, o sea salió peor, porque a veces tenía para comer y a veces no, cuando yo no estaba acostumbrada a pasar hambre, a veces había donde quedarse, a veces no...”*

“Fue difícil por qué yo embarazada me había salido de mi casa, tenía tantos problemas y de pronto él deja de llegar a la casa, llega al otro día oliendo a thinner, en mal estado, pero no sabes ni qué hacer, estás acostumbrada a que te resuelvan la vida, esperas que quien está contigo reacciones y te diga: ¡haz esto, haz aquello! Yo creía que lo correcto era quedarme ahí, a soportar. Pero si yo hubiera tenido la edad que tengo, me hubiera ido. Sin embargo me aguante hasta que nació mi hijo”.

“Él era muy cariñoso, fue bonito, eran de las cosas que me hacían aguantar o mantenerme por qué era como una manera de te hiero pero después estoy contigo, se compensaba. Ya a los dos, tres días que faltaba a la casa se compensaba con los dos días que estaba conmigo y estaba bien. Y trataba de que yo estuviera bien. Cuando yo sabía que después iba a venir otros tres días de austeridad. Pero es como una cadena que te cuesta mucho trabajo romper”.

“Por un momento estuvimos bien, vivimos muchas cosas padres, como una familia, por qué pues él no tenía familia aquí...entonces, más bien mi familia lo acogió como miembro de, teníamos una buena convivencia. Hasta que empezó a...por qué dejó de drogarse por un tiempo, tratamos de llevar una familia bien. Pero empezó a tomar y empezó a ponerse violento y empezó a salir con otras personas, empezó a salir más”.

“Fue un problema muy feo, en esa ocasión él me pegó, yo tenía al niño en brazos, no pude ni meter las manos, fue complicado porque de ahí el niño empezó a tener más miedo, por qué no podía ver que alguien se me acercara por qué él gritaba. Esa ocasión el despertó y me vio bañada en sangre, mi hijo se acercó a darme unas cubetas, él en su borrachera o no sé qué se había metido nos correteó por todo el lugar, por suerte la puerta de mi abuela estaba abierta y ahí nos quedamos, él hizo un relajo, fue al baño, se cortó las venas y yo dije: esto no puede volver a pasar jamás, ni en mi casa ni en mi vida te quiero y no lo quería cerca de mi hijo por qué le tenía miedo, tal vez en este momento mi hijo no lo recuerda pero en ese tiempo si le afectó y ahora esa es una de las cosas que él me pelea mucho”.

A.M.: *“Cuando iniciamos a tener relaciones sexuales nosotros nos veíamos de vez en cuando como amigos, íbamos al cine por qué no podíamos andar solos, si llegaba a enterarse nuestros papas se enojaba. Se supone que un muchacho y una muchacha no deben estar solos, pero la cosa es que nos sacaban la Biblia, no nos hablaban como tenían que hablarnos en confianza.*

El empezó a beber muy joven a los 14 años, se convirtió en un alcohólico, esa fue una de las razones por las que me separe de él después de 21 años juntos”.

“Ese mes y medio antes de que llegara el padre de mis hijos, no creas que vino a resolverme la vida, ¡no! Vino a darme más problemas, que recordemos que él tomaba desde muy chico. Él bebía pero yo no lo quería ver, yo lo amaba y se acabó.

Como que lo idealizaba mucho. Todo lo malo a lo mejor en el momento yo no lo veía. Y eso fue, por qué vino por mí, ni siquiera vino por mí, me dijo que su mamá me quería ver. Yo fui a la casa de su mamá y me dijo: ya no te vayas, quédate”.

“vivir con él fue difícil, él no era afectuoso conmigo delante de nadie, él era nada más tener sexo y eso ya en la noche cuando no nos oyera nadie y ya era todo”.

Análisis.

En cinco de los casos la relación de pareja no presenta grandes cambios con el nacimiento del hijo/hija;

“R” quien manifiesta peleas constantes.

En “M.A.” antes, durante y después del embarazo se presentaron agresiones, violencia, alcoholismo y drogadicción que se compensaban con cariño.

“S” siempre experimento mentiras en la relación e infidelidad.

Y en “C” violencia física y verbal desde el embarazo.

Dentro de estos cuatro casos se identifica un contexto familiar disfuncional como lo refiere León, et. al., (2008).

“A” tiene una relación sin conflictos pero aparente inmadurez y dificultad de aceptación por parte de ella, a pesar de su corta duración de noviazgo, posterior al parto la relación continúa siendo estable.

“P” sufrió inestabilidad con su pareja debido a la toma de decisiones de su madre, años después del parto finalmente deciden juntarse hasta la actualidad.

En “A.M.”, no había una estabilidad previa al embarazo porque ninguno de los dos consideraba ser una pareja, posterior al parto la relación continuó siendo inestable.

19. Apoyo para continuar estudios: personas que fungieron como facilitadores para que estas adolescentes continuarán con su formación académica.

A: "...ahorita me di de baja en la universidad por un momento por qué quiero entrar a la UNAM, me pagaron un curso..."

S: "...mi papá pues: ¡órale!, ¿vas a estudiar la prepa?, ¡pues estudia la prepa!, y si vas a estudiar dedícate realmente a estudiar... y me salí de trabajar".

P: "...y ya después que yo me salí de la prepa y entre a una de paga, ya como que se había hartado de la situación(el esposo), entonces yo le decía a mi mamá que ya me iba a ir de la casa ,ella me decía: acaba la prepa y te vas...y acabé la prepa y ya me voy".

"Yo me dedicaba a tomar cursos para entrar a la universidad. Fue cuando ya me pagó el examen a la universidad (su madre), presenté el primer examen y no me quedé, al otro año me volvió a pagar el curso pero tampoco lo pasé y me decía: ¿es que tú no te concentras por estar aquí! (En casa de él), su familia me decía: ¿para qué estudias?, si al final terminas haciendo otra cosa".

"Mi mamá y me dijo: ¿por qué no se vienen a vivir aquí?, y acabas tus estudios".

M.A: "...mi abuela siempre fue como darnos más, ella nos procuraba y cuidaba, él cubría las necesidades básicas, lo que teníamos más era de ella. Por qué entonces yo entré a la escuela en el SENDA 2000, implicaba una colegiatura, un gasto de material, cosas y era ella quien lo compraba".

Análisis:

"A", "S", "P" y "M.A" recibieron apoyo de sus cuidadores primarios (madre, padre, abuela) para continuar o concluir sus estudios, sin embargo no todas terminaron, como el caso de "M.A".

Por otro lado, "S" concluye una licenciatura, "A" y "P" continúan siendo apoyadas por sus padres en la actualidad.

NECESIDADES DE LA CRIANZA

20. Necesidades parentales/ ¿que necesitan como padres?: las dificultades con las que se han encontrado o se encuentran estas mujeres respecto a la crianza de sus hijos, expresadas por ellas mismas.

R: "...el cambiar mi afecto hacia él (hijo), ser más expresiva. Por qué si lo quiero, lo amo, pero no quiero que sea débil".

A: "mi interés es poder controlarlo, que ya no sea tan berrinchudo, encontrar la forma por qué tampoco me gusta pegarle".

Psicóloga: Para entender un poco más, tu motivo es ¿controlar más, no tenerlo tan consentido, aprender a poner límites?
A: "Si. Exacto".

Psicóloga: ¿Consideras que tu hijo tiene diferentes autoridades a quién obedecer? P: "Si, es el problema principal. Además que yo no sé cómo llamarle la atención. Hay veces en que le llamo la atención y se empieza a reír, después de tanta risa que tiene me da risa a mí y yo ya no puedo..."

"Cuando ya estoy muy enojada si le grito y ya se queda callado, y me pregunta: ¿por qué estoy enojada? y le explico, llega mi mamá y el niño le cuenta que yo lo regañé y mi mamá ya me regaña, que qué le hice al niño, ya le explico y ella ya le llama la atención".

“Yo he hablado con mi mamá respecto a que no lo regañe, ella me dice que ya no se va a meter, pero no lo hace. Ahorita ya es menos, ella nos dice cuando hay algún problema o algo que haya hecho mi hijo y ya nosotros lo regañamos”.

C: “No se si sea la edad o de su trastorno que está en una etapa de rebeldía tremenda, en esa cuestión de que miente, no le gusta seguir órdenes, no le gustan las reglas ni las órdenes. Ahorita mi mayor problema con él es eso”.

M.A.: “los problemas de conducta que tiene, de disciplina, es por todo ese apego que le faltó. Lo que quiero recuperar y tal vez me cuesta trabajo porque él ya no me mira como una autoridad”.

Análisis:

Cinco de las participantes refieren falta de límites, control y poner reglas en la relación con su hijo (“C”, “A”, “M.A.” y “P”).

La causa de esta situación se relaciona con no tener habilidades para establecerlos, equivocarse, desacuerdo con pareja o actuar diferente a como actuaron con ellos (Suárez, 2012).

“R” expresa dificultad para demostrar afecto hacia su hijo por temor a hacerlo débil.

“M.A.” y “P” ejercen una crianza ambivalente, tienen dificultades para establecer su rol de madre ante las personas con las que conviven, debido a que a estas se les otorgó el papel de autoridad sobre sus hijos con anterioridad mencionado en la literatura por Riedemann (2004).