



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**VOCES DE ADOLESCENTES GESTANTES SOLTERAS EN LA
EXPERIENCIA DE CUIDADO FAMILIAR**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE

MAESTRA EN ENFERMERÍA

(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)

PRESENTA

LIC. ALEJANDRA MARTÍNEZ TOVAR

TUTORA

DRA. GUILLERMINA ARENAS MONTAÑO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO

MAYO DE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA COORDINACIÓN

LIC. YVONNE RAMÍREZ WENCE
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR, UNAM.
P R E S E N T E:

Por medio de la presente me permito informar a usted que en la reunión ordinaria del Comité Académico de la Maestría en Enfermería, celebrada el día **13 de marzo del 2017**, se acordó poner a su consideración el siguiente jurado para el examen de grado de Maestría en Enfermería (Administración del Cuidado de Enfermería) de la alumna **ALEJANDRA MARTÍNEZ TOVAR** con número de cuenta **515022131**, con la tesis titulada:

“VOCES DE ADOLESCENTES GESTANTES SOLTERAS EN LA EXPERIENCIA DE CUIDADO FAMILIAR.”

bajo la dirección de la Doctora Guillermina Arenas Montaño

Presidente : Doctora Gandhy Ponce Gómez
Vocal : Doctora Guillermina Arenas Montaño
Secretario : Maestro Juan Gabriel Rivas Espinosa
Suplente : Doctora Diana Cecilia Tapia Pancardo
Suplente : Doctora Virginia Reyes Audiffred

Sin otro particular, quedo de usted.

A T E N T A M E N T E
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cdad. Universitaria Cd, Mx., el 17 de marzo del 2017.

DRA. GANDHY PONCE GÓMEZ
COORDINADORA DEL PROGRAMA



“Los hijos no son un sustituto del amor; no reemplazan un objetivo de vida rota; no son un material destinado a llenar el vacío de nuestra existencia; son una responsabilidad y son un pesado deber; son los florones más generosos del amor libre.

No son el juguete de los padres, ni la realización de su necesidad de vivir, ni sucedáneos de sus ambiciones insatisfechas. Los hijos son la obligación de formar seres dichosos”

Simone de Beauvoir

AGRADECIMIENTOS

De manera inicial quiero agradecer a las participantes del estudio, por brindarme la oportunidad de adentrarme en sus familias, sus hogares, sus historias de vida. Es gracias a ustedes y por ustedes que este trabajo tiene razón de ser.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM, por permitirme estudiar en sus aulas y sentirme orgullosa egresada de la mejor universidad de América Latina. También al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, ya que al respaldar e incentivar a los estudiantes potencia el desarrollo de capital humano científico en programas de excelencia, como es el Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM.

A mi asesora de tesis, la Doctora Guillermina Arenas Montaña, quien además de conseguir ampliar mi perspectiva tanto en el mundo de la investigación como en el empoderamiento de las mujeres y el gremio de enfermería; me brindó comprensión y escucha en situaciones que iban más allá del aspecto académico, lo aprecio y agradezco infinitamente. Gracias a mis maestros, por sus enseñanzas, por la pasión que vuelcan al desempeñar su profesión. Resulta evidente cuando alguien ama lo que hace.

A mis compañeros de maestría, por compartir sus experiencias dentro y fuera del aula, por los desvelos, estrés, incertidumbres, pero también por los buenos momentos, la complicidad, satisfacción y alegrías; gracias a Xóchitl y Lupita, más que compañeras, son amigas, excelentes seres humanos a quienes auguro un futuro profesional brillante.

A mis amigos, a mis hermanos de diferentes padres, que, aunque estando en la ciudad de las montañas, los siento muy cerca de mí. También gracias a los amigos que esta caótica pero bella ciudad me ha dado, por esos lapsos de risas incontrolables que culminan en sonoras carcajadas y lágrimas, por los consejos, por las crisis existenciales, por acompañarme y animarme a seguir mis objetivos, por su solidaridad y compañerismo. Pienso que al lograr una conexión especial con almas que te auxilian de forma desinteresada, cuando el milagro de una amistad autentica te es concedido, tener amigos y amigas, es de los mejores regalos que la vida te puede dar, representan una bocanada de aire fresco en tus días. Gracias a todos, y por favor ya basta de: Ale, ¿y la tesis?

Finalmente, a mi familia. A mi hermana, QFB Sara Elizabeth, estoy muy orgullosa de tus logros, gracias por estar conmigo, por escucharme y dibujarme una sonrisa cuando más lo necesito. A mis padres, quienes me demostraron estar ahí, a pesar de la distancia. Gracias por siempre respetar y apoyar mis decisiones, por la confianza que me han dado, por mi educación, por entender mi vocación y comprender ausencias, por inculcarme valores y principios, por la paciencia, por alentarme a no claudicar en mis metas, por darme amor, por todos sus esfuerzos en forjar un ser dichoso.

Gracias.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Diariamente en el mundo se dan 20 mil nacimientos de madres adolescentes, conllevando a repercusiones biológicas, psicológicas y sociales. México es el primer país con natalidad adolescente de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. De acuerdo a evidencia científica, el cuidado familiar puede fungir como un factor protector para la vulnerabilidad y estigma social que representa la maternidad en condición de soltería. Sin embargo, son nulos los estudios encaminados a develar las voces de adolescentes gestantes solteras en la experiencia de cuidado familiar. Consiguiente se plantea la pregunta ¿cómo es la experiencia de las adolescentes gestantes solteras (AGS) en cuidado familiar?

OBJETIVO GENERAL. Interpretar la experiencia de AGS en cuidado familiar

METODOLOGÍA. Estudio cualitativo, fenomenológico hermenéutico. Selección de participantes por criterio de conveniencia y saturación de datos. Recolección de datos a través de cedula de datos sociodemográficos, diario de campo, visitas domiciliarias y entrevista en profundidad, duración promedio 80 minutos y dos sesiones, audio grabada previo consentimiento informado doble rubrica. Posterior transcripción fidedigna de datos, codificación, reducción y análisis.

RESULTADOS. Del análisis emanan: Categoría 1. El mundo interior de la AGS, subcategorías: 1.1 El miedo, 1.2 La tristeza, 1.3 La alegría. Categoría 2. Experimentando el cuidado familiar, subcategorías: 2.1 Dinámicas familiares cambiantes, 2.2 Tipos de cuidado familiar.

CONCLUSIÓN. La experiencia de gestación temprana en condición de soltería resulta un fenómeno complejo, social, transgeneracional y cultural que “multi-violenta” a las AGS. A pesar del cuidado familiar que perciben, son el rechazo, angustia y vergüenza los sentimientos que imperan en su experiencia. La ponderación social antes que personal del fenómeno, les ubica en el llamado “se dice” (Heidegger) resultando un Dasein inauténtico. Comprender la experiencia de las AGS en cuidado familiar, para enfermería, aproxima a un cuidado holístico.

Palabras clave: Experiencias de vida, embarazo en adolescencia, madre sola, familia.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Every day in the world there are 20 thousand births of adolescent mothers, leading to biological, psychological and social repercussions. Mexico is the first country with an adolescent birth rate in the countries that make up the Organization for Economic Cooperation and Development. According to scientific evidence, family care can serve as a protective factor for the vulnerability and social stigma that represents single motherhood. However, studies aimed at revealing the voices of single pregnant teenagers in the family care experience are null. The question arises as to what is the experience of unmarried pregnant women (AGS) in family care?

GENERAL OBJECTIVE. Interpret the AGS experience in family care

METHODOLOGY. Qualitative, phenomenological hermeneutic study. Selection of participants by criterion of convenience and data saturation. Data collection through socio-demographic data, field diary, home visits and in-depth interview, average duration 80 minutes and two sessions, recorded audio prior double informed consent. Positive transcript of data, coding, reduction and analysis.

RESULTS. From the analysis emanate: Category 1. The inner world of the AGS, subcategories: 1.1 The fear, 1.2 The sadness, 1.3 The joy. Category 2. Experiencing family care, subcategories: 2.1 Changing family dynamics, 2.2 Types of family care.

CONCLUSION. The experience of early gestation in singles condition is a complex, social, transgenerational and cultural phenomenon that "multi-violent" to the AGS. Despite the family care they perceive, they are rejection, anguish and shame the feelings that prevail in their experience. The social rather than personal weighting of the phenomenon places them in the so-called "is said" (Heidegger) resulting in an inauthentic Dasein. Understanding the AGS experience in family care, for nursing, approximates holistic care.

Key words: Life experiences, pregnancy in adolescence, single mother, family.

Indice

	Página
Capítulo I. Introducción	1
1.1 Descripción del fenómeno	2
1.2 Importancia del estudio	5
1.3 Propósito de la investigación	7
1.4 Pregunta de investigación	7
1.5 Objeto de estudio	7
1.6 Objetivo general	8
1.7 Objetivos específicos	8
Capítulo II. Referentes teóricos	
2.1.1 La adolescencia	9
2.1.2 La gestación	15
2.1.3 Etiología contextual e interna predisponente a gestación adolescente	19
2.1.4 Soltería durante gestación adolescente	24
2.1.5 Concepciones de cuidado	27
2.1.6 La familia como determinante de cuidado en las adolescentes gestantes	29
2.1.7 La teoría del apoyo social	35
2.1.8 Complicaciones y prácticas de cuidado durante la gestación adolescente	37
2.1.9 Concepción de experiencia desde el referente teórico de Martin Heidegger	40
2.2 Estado del arte	44
Capítulo III. Abordaje metodológico	
3.1 Diseño de estudio	50
3.2 Contexto	51
3.3 Participantes	53
3.4 Procedimiento para la recolección de datos	54
3.5 Recursos y apoyo logístico	56
3.6 Consideraciones éticas	57

3.7 Análisis de datos	59
3.8 Rigor científico	61
Capítulo IV. Resultados y discusión	
4.1 Perfil de las participantes	62
4.2 Resultados	63
4.2.1 El mundo interior de la adolescente gestante soltera	64
4.2.1.1 El miedo	66
4.2.1.2 La tristeza	74
4.2.1.3 La alegría	82
4.2.2 Experimentando el cuidado familiar	86
4.2.2.1 Dinámicas familiares cambiantes	87
4.2.2.2 Tipos de cuidado familiar	94
Capítulo V. Consideraciones finales	102
5.1 Aportaciones a la disciplina	104
5.2 Aportaciones a la práctica	106
5.3 Aportaciones a la investigación	108
5.4 Aportaciones a las políticas públicas	109
VI. Referencias bibliográficas	112
VII. Apéndices	
a. Consentimiento informado	128
b. Cedula de datos sociodemográficos	130
c. Descripción de las participantes	131

Capítulo I

Introducción

Cuando se vive una gestación durante la adolescencia, los riesgos de complicaciones que ponen en riesgo la salud y vida de la futura madre y su hijo aumentan, comparado con mujeres en distintos grupos de edad. ⁽¹⁾ La naturaleza de ciertas complicaciones de una gestación adolescente, entendidas desde la inmadurez de sistemas fisiológicos y anatómicos, son de alguna manera inevitables.

Sin embargo, existen repercusiones que pueden mitigarse con una atención prenatal oportuna y cuidados óptimos durante la gestación. Existen mujeres adolescentes gestantes que no reciben apoyo de un cónyuge o pareja, quedando de este modo a cargo de sus familiares o redes de apoyo para soporte emocional, económico, incluso para la toma de decisiones respecto a su gestación. Convirtiendo de esta manera a la familia en un elemento importante para el cuidado de la adolescente soltera gestante.

El abordaje de la gestación adolescente con una connotación negativa, estereotipada, mecánica, biologicista y de responsabilidad única en las jóvenes, es inconcebible para un enfermero que pretende situarse en el paradigma de la transformación ⁽²⁾ donde la persona es vista como un todo indivisible que se influencia y coexiste con el medio, su bienestar es de carácter subjetivo y se basa en las experiencias de la persona, por ende, el cuidado de enfermería interactúa con dichas características. Al comprender la experiencia de cuidado familiar en adolescentes gestantes solteras desde un contexto amplio, permite al profesional de enfermería aproximarse a otorgar un cuidado humanizado y asesorías pertinentes, acorde a las necesidades manifiestas de la mujer, familia o grupo.

1.1 Descripción del fenómeno

Una gestación temprana, durante la adolescencia, se consideraba un fenómeno social aceptable en México hasta hace algunas décadas, cuando las expectativas de la sociedad hacia la mujer se limitaban a la maternidad. A partir del año 1970, en el país comienza un auge en el estudio científico del fenómeno, además de políticas del refuerzo en políticas de control de natalidad en México. La visión desapercibida que se tenía de la adolescente gestante se transforma a una mirada en búsqueda de los motivos de la gestación, patologías asociadas y complicaciones que involucran a la mujer, el feto y recién nacido. Sucesos estudiados desde un paradigma positivista, este paradigma prevalece en la actualidad y no da cabida a temas como experiencias, emociones, creencias, propiedades que son inherentes a la naturaleza humana limitando la valoración de los fenómenos de manera integral. En Enfermería, la comprensión de dicha naturaleza humana podría generar un acercamiento al cuidado humanizado, derivando en una praxis transformadora.

Durante mi ejercicio profesional como enfermera en Unidades Médicas de Alta Especialidad de Ginecología y Obstetricia (en Nuevo León y la Ciudad de México), Unidades de Medicina Familiar y en prácticas de servicio social como instructor clínico de Licenciatura en Enfermería en comunidades neolonesas, he observado que la familia es un determinante para el cuidado de la adolescente gestante. Me he percatado que la reacción de la familia ante la inesperada noticia no suele ser positiva en un inicio; posterior a la revelación de la noticia, se pueden esperar dos conductas de la familia hacia la adolescente: rechazo o aceptación, es decir, abandono o apoyo. En mi experiencia, la mayoría de las familias les acepta, proporcionándoles cuidados que fluctúan según su religión, cultura, economía, educación, estructura familiar, entre otros factores.

Por otra parte, he notado que, una vez iniciado el control prenatal la adolescente gestante acude a su consulta acompañada comúnmente de su madre o algún adulto responsable, regularmente el acompañante expresa una mayor cantidad de dudas y ansiedad referentes al gestación que la propia madre, a su vez, el apoyo o cuidado que los familiares les otorgan a las adolescentes se refleja en la evolución y termino de su gestación. La familia es crucial en el cuidado y la toma de decisiones de una madre joven, desde la gestación, parto y crianza de los hijos; su influencia es de tal magnitud que incluso permea en la decisión de interrumpir o no una gestación temprana.

También he percibido que el cuidado de enfermería a la adolescente gestante en áreas hospitalarias pareciera limitarse a la esfera biológica de su persona y aplicarse de manera rutinaria. Entendiendo rutina como una costumbre que se adquiere al repetir constantemente una misma actividad, actividad que con el transcurso del tiempo se desarrolla de manera automatizada. En mi experiencia la frase “ya voy a empezar con la rutina”, es un lenguaje familiar en el gremio al referirse a su inicio de actividades. En las áreas de hospitalización, la prevención y promoción de la salud no se percibe como parte de la “rutina” para los colegas. Sin embargo, en los hospitales existen enfermeras especializadas en programas preventivos que brindan asesoría a mujeres embarazadas, empero, las sesiones difícilmente son individualizadas. En la sala de egreso hospitalario no resulta extraño encontrar un conglomerado de mujeres, cansadas por la espera, cada una con diferentes diagnósticos, legrados uterinos, biopsias de endometrio, histerectomías, infertilidad, cáncer de mama, pospartos eutócicos con un recién nacido en brazos, gestación de alto riesgo, dehiscencia de herida, y más, todas esperando a que una señorita llegue para impartir charlas de lactancia materna, planificación familiar o algún

tópico general que difícilmente asegura una respuesta a las necesidades educativas reales de las mujeres en la sala de espera.

Con lo anterior planteo que el contexto familiar interviene en el alcance y tipo de actividades que se pueden emprender con la adolescente gestante, por tanto, es necesaria su comprensión. Además, los cuidados, recomendaciones y asesorías que hace enfermería deben llegar a toda la familia. Y que la prevención debería ser la piedra angular de todo sistema de salud.

Si bien, he tenido la fortuna de trabajar con enfermeras ejemplares, a quienes agradezco su compañerismo, seres humanos admirables, con amor a su trabajo; también he presenciado como existe personal de salud que no puede evitar tomar una postura prejuiciosa y estereotipada ante el fenómeno que pretendo estudiar. “Chamaquitas precoces”, “ni le expliques, no te entiende”, “se va a llenar de hijos”, “por tonta”, todos son puntos de vista que de algún modo repercuten en la calidad del cuidado que se le puede otorgar a la adolescente gestante. Eliminar el estigma negativo en el profesional de salud, requiere en mi opinión, entre muchas otras cosas, liberarse de prejuicios y estereotipos; hacer y difundir investigación cualitativa auxilia en esta ardua labor.

El problema a estudiar nace desde un vacío de conocimiento en el área de las experiencias de cuidado familiar en adolescentes gestantes solteras. La finalidad del estudio es interpretar la experiencia adolescente gestante soltera en su cuidado familiar, analizando las dimensiones de cuidado familiar en la experiencia de la adolescente gestante soltera, que permitan a la enfermera(o) ser partícipe en aspectos de prevención y educación para la salud, manteniendo o reestructurando dicho cuidado; en beneficio de la adolescente gestante y su universo.

1.2 Importancia del estudio

Diariamente a nivel mundial se dan 20,000 nacimientos de madres menores de 18 años, número que se prevé continúe ascendiendo. ⁽³⁾ Un estudio basado en estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que casi el 50 por ciento de las adolescentes embarazadas menores de 15 años a nivel mundial son solteras. ⁽³⁾

Las estadísticas varían de acuerdo a la zona geográfica que se analice. Existen condicionantes que potencian la vulnerabilidad de la mujer adolescente para una gestación temprana, como lo es una baja escolaridad, aspectos culturales y étnicos, desconocimiento de salud sexual y reproductiva, marginación, pobreza. ⁽³⁾

Nuestro país ocupa el primer lugar de gestación adolescente entre 15 a 19 años en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con un millón de nacimientos al año, lo que representa casi el 27% de la totalidad de nacimientos.⁽¹⁾ A su vez, estudios nacionales realizados en madres adolescentes reflejaron que alrededor del 30% eran solteras.^(4,5) En el 2013, los servicios de Salud del Distrito Federal atendieron alrededor de 17 mil mujeres embarazadas entre los 10 y 19 años, 3 mil eran menores de 15 años de edad. Liderando los casos las delegaciones de Gustavo A. Madero e Iztapalapa. ⁽⁶⁾

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 realizado por el INEGI, seis de cada 10 madres solteras viven con su padre o madre. ⁽⁷⁾ Considerando que existe evidencia que señala que el cuidado familiar puede ser factor protector de posibles complicaciones durante la gestación, parto y puerperio; ^(8,9) y a su vez, la ausencia de una red familiar, relaciones familiares pobres o poco cercanas, pueden convertirse en un factor de riesgo; ^(10,11) le otorga a la familia un papel trascendental en el cuidado de la mujer adolescente soltera gestante.

Las consecuencias biológicas de una gestación temprana aumentan y pueden llegar a ser fatales. ⁽¹²⁻¹⁷⁾ Estadísticas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) estiman que por año 70.000 adolescentes mueren debido a causas relacionadas con la gestación y el parto. ⁽¹⁸⁾ Además, existen repercusiones sociales reflejadas en proyectos de vida truncados, debido a las nuevas responsabilidades adquiridas al ser madre; las jóvenes suelen abandonar sus estudios para dedicarse al cuidado de su hijo, en algunos casos la deserción escolar es resultado de la exclusión que sufre la adolescente gestante por parte de sus círculos cercanos, o también ser efecto de la marginación y pobreza en la que vive. ^(19,20) Una menor escolarización influye en el ámbito económico, la adolescente con una formación inconclusa disminuye sus alternativas de desarrollo socioeconómico, al no conseguir ingresar al mercado laboral de manera calificada resultan menores ingresos, no pudiendo independizarse económicamente, coadyuvando a la desigualdad de género y contribuyendo al llamado círculo de pobreza. ⁽²¹⁻²⁴⁾

La diversidad de facetas en el fenómeno, que involucran tanto a la madre, recién nacido, familia y sociedad en general; le otorga un gran impacto como problema de salud pública. ^(25,26) El estudio tiene relevancia, pues las investigaciones que se encuentran relacionadas a la temática, son en su mayoría de un enfoque cuantitativo y biologicista, donde la mujer adolescente pareciera ser la única involucrada en su condición de gestante; y en los cuales se limita la capacidad reflexiva en los lectores acerca de la realidad experimentada por la adolescente gestante soltera respecto al cuidado familiar. En México son nulos los estudios encaminados a comprender las experiencias de la adolescente gestante soltera en el cuidado familiar.

1.3 Propósito de la investigación

El propósito del estudio fue interpretar, desde referentes teóricos, la experiencia de cuidado familiar en adolescentes gestantes solteras y el cuidado familiar percibido por la adolescente gestante soltera; dicha interpretación desde la mirada de las adolescentes involucradas en el fenómeno, el dejar fluir sus voces, permite identificar las necesidades de protección, atención y cuidados durante la gestación adolescente; respetando el contexto y lazos afectivos cercanos de las jóvenes madres.

De esta manera, permitirá a la enfermera(o) ser partícipe en aspectos de prevención y educación para la salud, que consideren el contexto familiar de la adolescente gestante soltera, manteniendo o reestructurando el cuidado otorgado; en beneficio de la adolescente gestante y su universo.

Además, se tuvo como propósito la elaboración de conceptos teóricos que enriquezcan el marco actual de conocimientos en el gremio.

1.4 Pregunta de investigación

Consiguiente a esto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la experiencia de adolescente gestante soltera en cuidado familiar?

1.5 Objeto de estudio

Experiencia de adolescente gestante soltera en cuidado familiar.

1.6 Objetivo general

- Interpretar la experiencia de las adolescentes gestantes solteras en cuidado familiar.

1.7 Objetivos específicos

1. Interpretar la experiencia de gestación de la adolescente soltera.
 - a. Describir las emociones y sentimientos de la adolescente en su experiencia como gestante en condición de soltería
 - b. Diferenciar el tipo de experiencia auténtica o inauténtica de la adolescente gestante soltera, acorde a supuestos de Heidegger
2. Interpretar el cuidado familiar percibido por la adolescente gestante soltera
 - a. Describir el apoyo emocional, instrumental e informativo que percibe de su familia, la adolescente gestante soltera.

Capítulo II

Referentes teóricos

2.1.1 La adolescencia

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 2014, informa que en el mundo existen 600 millones de adolescentes, cifra más alta de jóvenes en la historia.⁽²⁷⁾ Los adolescentes en el país representan un número considerable de población. Actualmente, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que en México viven 22.4 millones de adolescentes, es decir una de cada cinco personas tiene entre 10 y 19 años.⁽²⁸⁾

El concepto de adolescencia cuenta con un gran número de aproximaciones teóricas y que difieren de acuerdo al contexto social donde sea analizada, la economía, cultura, genero, estado civil, entorno social. Mismas que ofrecen diversos enfoques para interpretar el significado de la adolescencia. A pesar de que la etapa de adolescencia no cuenta con límites cronológicos claros y precisos desde la psicología, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han optado por clasificar como adolescentes a los individuos en su segunda década de vida, es decir, de menores de 19 años.^(22,29)

Desde el entendimiento de la adolescencia como una sucesión de cambios físicos, biológicos y psicológicos; se puede dividir la adolescencia en dos etapas, la adolescencia temprana o precoz con un rango de 10 a 14 años y la adolescencia tardía que va desde los 15 hasta los 19 años de edad.⁽²²⁾

Durante la adolescencia temprana las neuronas llegan a duplicarse en menos de un año, las redes neuronales se reorganizan, es decir, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico que va a repercutir en las capacidades emocionales, físicas y psicológicas del adolescente. También existe un desarrollo sexual y físico, donde se da de manera precoz en el

género femenino, aproximadamente 12 a 18 meses antes que los hombres. Existe evidencia sobre el inicio cada vez más temprano de esta etapa, y podría obedecer a las mejores condiciones de salud y nutrición. Las niñas solían tener su primera menstruación a los 12 o 13 años; en la actualidad pueden iniciar desde los 8 años.

En la adolescencia temprana se cobra conciencia del género y se realizan ajustes de acuerdo a la apariencia, conductas y normas observadas en la sociedad donde se desarrollan, a su vez, pueden iniciar confusiones respecto a su identidad personal y sexual.

En la adolescencia tardía, aunque el cuerpo continúa desarrollándose, los cambios físicos más importantes ya han sido efectuados. De igual forma el cerebro continúa desarrollándose y aumenta la capacidad para el pensamiento crítico y reflexivo; se desarrolla la capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes, sin embargo, es en esta etapa donde suele iniciarse el consumo de drogas y estupefacientes.

Los riesgos a la salud que corren las adolescentes en la etapa tardía son mayores en contraste a los hombres, e incluyen: depresión, discriminación, abuso de género, propensión a trastornos alimenticios (bulimia y anorexia) debido a la presión de estándares sociales y culturales, así como enfermedades de transmisión sexual y gestación no planeada debido al inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años y baja propensión a uso de anticonceptivos. De acuerdo con la Encuesta de Salud y Nutrición 2012, del total de adolescentes sexualmente activos, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual.⁽³⁰⁾

En la adolescencia tardía se consolida la identidad personal y la cosmovisión. Es el periodo donde el adolescente comienza a participar proactivamente con el mundo que le rodea.

Autores, como Papalia y Wendkos⁽³¹⁾ señalan que la adolescencia es un periodo de cambios y transición. Transición donde el individuo pasa física y psicológicamente de la condición de niñez a adultez, necesario para la consolidación de la madurez, autonomía e independencia. Transiciones que son experimentadas de manera drástica. Ingresoll en Dulanto,⁽³²⁾ refiere “La adolescencia es el periodo de desarrollo personal durante el cual un joven debe establecer un sentido personal de identidad individual y sentimientos de mérito propio que comprenden una modificación de su esquema corporal, la adaptación a capacidades intelectuales maduras, adaptación de exigencias de la sociedad respecto a una actitud madura, internalización de un sistema de valores personales y la preparación para roles adultos”.

Desde el psicoanálisis Anna Freud en Delval⁽³³⁾ define la adolescencia como un periodo de fluctuaciones, caracterizado por cualidades opuestas, abarcando la totalidad del individuo; con un fundamento fisiológico en donde los cambios endocrinológicos ocasionan una completa revolución de la vida sexual. Los cambios son radicales, desde lo emocional, expresividad, actividad intelectual, activación de impulsos sexuales y la imagen del niño queda totalmente sumergida en la nueva imagen. Por tanto, el adolescente se encuentra en una etapa donde intenta controlar sus impulsos y le crea conflicto, teniendo como solución buscar compañía o seres con quien sentirse identificado fuera del entorno familiar; con el objetivo de transitar de la dependencia a la independencia.

Si bien, existen autores del psicoanálisis que difieren con la postura de Freud. A., sin embargo, coinciden en que es una etapa donde el adolescente es un individuo en tensión, agitación y confusión, que responde con mecanismos de defensa inmaduros hasta que logra formas de pensamiento abstractas.

Erikson da un giro a la teoría psicosocial donde Freud es exponente, y plantea ocho etapas del desarrollo humano teniendo como meta superar una tarea psicosocial, al adquirir una identidad individual positiva al pasar por las ocho etapas. Si el conflicto durante la etapa no se resuelve de manera positiva, podría ocasionar un daño al yo del individuo.

Para Erikson (en Kroger)⁽³⁴⁾ la adolescencia es una crisis normativa, una fase donde de manera normal el conflicto aumenta, y lo que le corresponde al individuo hacer es establecer un sentido de identidad personal y evitar peligros de la confusión de funciones y difusión de la identidad. Para Erikson, las crisis en la adolescencia son resueltas cuando el individuo ya no requiere cuestionarse a cada momento por su identidad, es decir, cuando ha subordinado la identidad de su niñez y ha encontrado una nueva forma de auto identificación.

Por otra parte, la formación de la personalidad adolescente, de acuerdo a Vygotsky, no es producto de factores innatos, si no de instituciones culturales y actividades sociales del individuo, por tanto, no es posible comprender al adolescente si se desconoce el núcleo donde interactúa. Todo proceso y habilidad mental tenderá a un origen social.

Para la corriente psicosocial el joven no es meramente un individuo aislado de cambios internos, sino un ser integrado en el espacio donde interactúa; por tanto, Dulanato ⁽³²⁾ plantea que la adolescencia es un proceso continuo que va de la infancia a la adultez, dicha experiencia vincula a los jóvenes a la integración del mundo psicosocial de los adultos. Proceso de maduración influenciado por factores que se ven potenciados en esta etapa, y son el ambiente escolar, marco cultural y social, así como el entorno familiar.

A pesar de dicha influencia a partir de interacciones del individuo con su ambiente, no es posible afirmar que dichas interacciones que corresponden a lo que la sociedad impone

representar, determinen las elecciones individuales del adolescente. A su vez es de importancia reconocer que el momento histórico y la organización familiar en el que se transite va a manifestar una relación directa con el comportamiento de los adolescentes. Es decir, las características y relaciones del individuo con el entorno van a fluctuar de acuerdo al momento histórico en que se viva y la cultura donde se desarrolle.⁽³⁶⁾

Si bien, acercarse al concepto de adolescencia desde las aristas; de desarrollo humano y teoría psicosocial, implican la revisión de teorías clásicas y conceptos con más de 80 años de existencia. Es a su vez necesario, para referirse a la adolescencia, situarse en el marco espacial y temporal actual, a los nuevos ritmos y estilos de vida que el adolescente lleva. Actualidad que de acuerdo a Bauman,⁽³⁷⁾ se destaca por un individualismo generalizado y una sociedad de consumo donde todo es desechable; las principales instituciones y organizaciones como el Estado, la familia, la escuela, pierden sentido ante los sujetos y su paulatina desaparición de normas, roles y valores sociales. El adolescente actual presenta un nivel de dependencia mayor y prolongado a su núcleo familiar, comparado con los de adolescentes en otras épocas; se refleja en los deseos de vivir el momento, el aquí y el ahora, sin aspiraciones ni metas futuras. El filósofo enfatiza como los jóvenes en la actualidad creen que el tiempo se pulveriza en una serie desordenada de momentos, derivado de la fugacidad y relatividad de las cosas, ya no existen valores absolutos, se han diluido en la llamada segunda modernidad o modernidad líquida. La mentalidad y valores diluidos son estimulados, en ocasiones, por la misma sociedad posmoderna a través de medios de comunicación donde se promueve el consumo, la cultura de lo desechable, los créditos, la proliferación de la leyenda “disfrute ahora y preocúpese mañana”. Todo ello crea nuevas redes de interacción personal e intercultural de gran complejidad, que son de imperiosa comprensión, ya que influenciarán en las formas de involucramiento con las personas a quienes se brinda cuidado.

En conclusión, la etapa de adolescencia por sí misma, es un evento diverso y complejo que trastoca tanto al propio individuo que lo experimenta, como a su núcleo próximo. Un desarrollo del adolescente en condiciones favorables resulta determinante para la inserción del futuro adulto(a) joven en la sociedad, y a su vez, representa la posibilidad de emprender proyectos de vida acordes a sus expectativas. Un evento “inesperado”, entre otros tantos, que pueden surgir en esta etapa es la gestación no planeada, misma que propicia una transición acelerada dentro de los cambios en el adolescente antes descritos; con desenlaces que ponen en riesgo la salud de la madre, la salud el recién nacido, la dinámica familiar y los proyectos de vida de la adolescente. Los cambios durante la gestación temprana, no se limitan al ámbito fisiológico, también repercuten en el ámbito social y personal.

2.1.2 La gestación

Embarazo y gestación hacen alusión a un concepto similar, empero, el término embarazo proviene del latín *gravitas*, es decir, periodo de gravidez; sin embargo, los usos de la lengua le han dado a la palabra “embarazo” una connotación de alguna situación que hace alusión a la vergüenza a través de la palabra “embarazoso”, aunado a lo que la Real Academia Española (RAE) señala en su definición de embarazar como verbo transitivo, explica el embarazar como acción de impedir, estorbar o retardar algo.⁽³⁸⁾ Por tanto, se ha considerado emplear la palabra gestación, del latín *gestare* “llevar”; y que refiere directamente de acuerdo a la RAE llevar y sustentar en su seno al embrión o feto hasta el momento del parto.⁽³⁹⁾ Aclarado lo anterior, la gestación es el período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto; tiene una duración aproximada de nueve meses, 280 días o bien 40 semanas. La confirmación de la gestación requiere ser a través de una ecografía donde se calcule el tiempo de semanas de gestación. Desde una concepción clásica, la gestación es una etapa de cambios hormonales radicales que alteran en totalidad la fisionomía de la mujer. El periodo de gestación se divide en tres fases particulares:⁽⁴⁰⁾

1. Fase germinal o periodo del ovulo, va desde la concepción hasta terminar la segunda semana de vida uterina. Fase caracterizada por las divisiones celulares e implantación del huevo o cigoto.
2. Fase embrionaria, va de la segunda a la novena semana de gestación. Marca la pauta en el comienzo de formación de los distintos órganos del cuerpo. Se forma la placenta, líquido amniótico, cordón umbilical, elementos necesarios para el desarrollo y supervivencia del producto.
3. Fase del feto, comprende desde el final del segundo mes hasta el nacimiento.

Durante el primer trimestre, la madre suele sentirse ansiosa ante el afrontamiento de su nueva condición como gestante; además suele transcurrir con malestares como náuseas, sueño y vómitos debido a los cambios hormonales. Aproximadamente la cantidad de kilos que se aumentan oscilan entre los 11 y 12kg, lo ideal es de 10 a 14kg con un promedio de 12kg es durante este trimestre cuando se gana el 5% de peso total, entre las semanas 10 a 13 de gestación.

⁽⁴¹⁾ Un aumento de peso menor a lo idóneo, aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

En las primeras semanas de gestación surgen también cambios en sistema cardiovascular, en un intento por adaptarse, el cuerpo aumenta su gasto cardiaco en un 50%. A nivel de sistema nervioso central, se ha demostrado un decremento de riego sanguíneo bilateral, riego que disminuye paulatinamente hasta el tercer trimestre, esto puede explicar los síntomas de pérdida de memoria en algunas mujeres.

Para la octava semana de gestación, acontecen también modificaciones en el sistema respiratorio, gracias a cambios hormonales que implican progesterona, cortisol y relaxina, la vía aérea se dilata, se disminuye la resistencia pulmonar en un 50%. Finalmente las modificaciones que se observan en esta etapa debido a las hormonas, son en la piel, prurito que aumenta conforme pasan los meses, alteraciones en pigmentación como cloasma y melasma debido a los cambios de depósitos de melanina, factores genéticos y radiación, y aparición de estrías, ocasionadas por distensión de piel y/o cambios hormonales ⁽⁴²⁾

La gestación no se limita a cambios biológicos, también ocurren importantes cambios psicológicos, afectivos, espirituales y sociales, en el binomio madre-hijo y su universo. Desde el psicoanálisis los cambios en esta etapa revelan fantasías sobre cómo será su cuerpo, el estado de

ánimo fluctúa entre pasividad y aumento de actividad física, pueden surgir rencores hacia las personas que le rodean, especialmente la pareja, al sentirse cada vez más impedida en actividades físicas, mientras que, en su entorno los demás no experimentan esas limitaciones. Inician a personalizar su producto, ya sea como un nuevo ser o como una extensión de sí mismas. ⁽⁴¹⁾

Durante el segundo trimestre, las molestias iniciales disminuyen, los cambios físicos se acentúan, por ejemplo, modificaciones en el aparato urinario. Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y uréteres, provocando un aumento del espacio muerto urinario, esto aunado al aumento de la vascularización renal, además la posición del útero gestante y la relajación del músculo liso, predisponen a infecciones de vías urinarias. El estómago también es modificado durante la gestación, por mecanismos mecánicos (posición del útero) y hormonales (progesterona). La progesterona disminuye el peristaltismo gástrico y de intestino, por tanto, un retraso en vaciamiento gástrico y un tránsito intestinal lento, que producirá mayores niveles de absorción.

A nivel de sistema respiratorio, ocurren modificaciones anatómicas en la caja torácica, se eleva el diafragma por el útero gestante. ⁽⁴²⁾ A su vez, surgen los temores a no estar inserta en los parámetros sociales aceptables de estética, a no sentirse deseadas sexualmente por su pareja. Una mujer angustiada respecto a su cuerpo, privará de atención aspectos importantes de cuidado (formal e informal) durante su gestación. Es durante este trimestre, que, la madre percibe movimientos fetales, es palpable que una vida independiente se encuentra dentro de ella, esto puede provocar ansiedad en la madre, incluso fobias o rechazo selectivo a ciertas actividades o alimentos, por temor a dañar el producto gestante. ⁽⁴¹⁾

Durante el tercer trimestre, la madre suele tener dudas referentes al parto y estado de salud de su hijo, posibles malformaciones, temor o angustia a un trabajo de parto laborioso. Aquí se

diferencia el miedo del temor, el miedo es una emoción natural que protege de un peligro real, sin embargo, el temor es una emoción artificial ante un miedo imaginario y provoca huida o evasión. Las mujeres primigestas suelen experimentar temor de manera frecuente en comparación de las mujeres con experiencias previas, el temor es miedo a la posibilidad no es miedo a un hecho en concreto, esto debido a la falta de confianza en sus capacidades para afrontar su realidad. A su vez, durante el tercer trimestre de la gestación, el malestar físico regresa nuevamente, debido a la ganancia de peso se dificulta una posición de confort para dormir, pueden manifestarse cansancio, calambres en miembros pélvicos, edema localizado, hemorroides, estreñimiento. ⁽⁴⁰⁾

La gestación es un momento de transición para la mujer que altera todos sus sistemas, endocrino, respiratorio, circulatorio, digestivo, nervioso; las emociones se magnifican y provocan estados de ánimo distintos al de una mujer no gestante. Si dicha etapa la vive una mujer adolescente, que siente temor de aceptar su gestación ante su núcleo próximo hasta avanzado el segundo o tercer trimestre de la gestación, la adolescente se convierte en un blanco doblemente vulnerable ante riesgos y complicaciones.

2.1.3 Etiología contextual e interna predisponente a gestación adolescente

La etiología se refiere a la búsqueda de las posibles causas que dan origen a una gestación adolescente, las causas de contexto incluyen un conjunto de circunstancias desde una visión macro, es decir, que rodean a la adolescente y su familia, motivos sociales, políticos, económicos, motivos diferenciados de acuerdo a la localidad donde vive y arraigo de elementos culturales propios como mexicanas. Se nombra etiología interna a las posibles causas que desencadenan una gestación adolescente con base en cambios desde un enfoque micro, desde el enfoque de la persona, es decir, la adolescente; esto incluye cambios cognoscitivos durante la adolescencia, autoestima, anhelos de validación.

Como parte de la realidad contextual del fenómeno, de acuerdo con las Proyecciones de la Población de México 2010-2050, la tasa de fecundidad adolescente se estima en 66 nacimientos por cada mil adolescentes. Estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) indican que una de cada dos adolescentes entre 10 y 19 años que inicia su vida sexual se embaraza.⁽³⁰⁾ Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2013, arrojan que dos de cada 10 adolescentes, entre 15 y 19 años son multíparas.⁽⁷⁾ Un 40% de los mismos, no son planeados ni deseados.⁽²⁸⁾

Según estadísticas y literatura, entre los motivos sociales y de contexto, que influyen en la gestación temprana a edad son el rol de género tradicional asignado a la mujer, matrimonios a temprana edad, práctica de relaciones sexuales no protegidas, familia disfuncional, presión de compañeros y el entorno para el inicio de vida sexual, menarca temprana que otorga madurez reproductiva, inicio en consumo de drogas lícitas e ilícitas que pueden estimular los impulsos sexuales, migraciones recientes, la falta de conocimiento e información suficiente sobre métodos

anticonceptivos, falta de solvencia económica, abuso sexual, y familias tradicionales donde la sexualidad es un tema tabú.^(1,12-16)

El contexto donde se vive es importante. La pobreza continúa siendo un factor externo importante de riesgo para una gestación temprana, ya que suele potenciar las consecuencias que se replican de el mismo. Las adolescentes se ven obligadas a apoyar a su familia, insertándose en el ámbito laboral de forma temprana. Así mismo, el contexto va a influenciar en la acepción de una gestación temprana. En situaciones de tensión o desintegración familiar, el tener un hijo a edad temprana representa para las jóvenes un intento por salir de dichas problemáticas. Existen zonas, especialmente rurales y de niveles socio económicos bajos, donde se privilegia la maternidad temprana; es percibido como una forma de adquirir estatus o sociabilizar en su medio.
(3,27)

La valoración cultural de la gestación para reafirmar una posición en la comunidad donde se vive, representa un paso a la adultez y es motivo de admiración en comunidades donde existen alternativas limitadas para las jóvenes. Esta situación se acentúa por cuestiones de género, de acuerdo a lo expuesto en el Estado Mundial de la Infancia de la UNICEF 2015,⁽⁴³⁾ las inequidades de género son un problema prioritario a combatir, en el siglo XXI, específicamente en la sociedad mexicana, aún existen comunidades donde al hombre se le da prioridad para que termine sus estudios, ya que socialmente se espera de él un rol de proveedor y que se inserte en el ámbito laboral de manera calificada; la mujer se queda en casa a apoyar en tareas domésticas, ante estudios trancos y sin un proyecto de vida claro, la maternidad suele anticiparse y sigue siendo el atributo que en el imaginario social da sentido a su vida y crea su identidad femenina, exigiéndoles solo a las mujeres la tarea de crianza y cuidado, es decir, las mujeres siendo “sacrificadas por los otros”.

A pesar de existir participación pública de la mujer, y la posibilidad actual de desempeñar el papel de madre-esposa alternando con realización profesional, la realidad es que continúan existiendo inequidades, como la diferencia de salarios; así como estereotipos culturales arraigados, como es el desempeño de la crianza y cuidado de la casa como un "trabajo adicional obligatorio" ya que supone exclusividad femenina, todo esto dificulta la transición de mujeres a roles equitativos no tradicionales. ^(44,45)

A su vez, existen modelos familiares que pueden verse replicados; es decir, se trata de una iniciación generacional precoz de la gestación, por tanto, el fenómeno se observa con naturalidad dentro de la familia o grupo. También es un factor contextual importante a considerar, las costumbres de matrimonios arreglados a corta edad, es decir, zonas donde la garantía del cumplimiento de sus derechos individuales se ve denegada. Otro aspecto es la violencia y abuso que suelen permear la situación de la gestación en adolescentes menores de 15 años. Abusos que suelen emanar del núcleo familiar, personas con lazos consanguíneos o algún tipo de parentalidad próxima a la adolescente que ejercen violencia sexual sobre ellas y derivan en gestación. ^(3,16,17)

Respecto a los motivos internos que llevan a la adolescente a prácticas sexuales no seguras que conllevan a una gestación no planificada, Isser ⁽⁴⁶⁾ menciona que pueden ser un llamado "pensamiento mágico", propio de la adolescencia y consiste en creer que por desear no embarazarse esto no sucederá. Otro motivo son las fantasías de esterilidad, estas se dan después de tener contactos sexuales no seguros y no embarazarse.

La censura hacia la sexualidad de los padres o tutores con las adolescentes también influye, la familia no reconoce al adolescente como un ser activo sexualmente, al verle como un ser asexuado la familia reafirma el poder que tiene sobre la adolescente y su cuerpo, dicha negación imposibilita al adolescente en la práctica de relaciones sexuales seguras e informadas.

De acuerdo a Isser,⁽⁴⁶⁾ explica que cuando en la familia no existe apertura a temas de sexualidad, puede provocar en la adolescente un incremento por los deseos de experimentar su sexualidad de manera temprana y a la vez no protegida, debido a la falta de conocimientos por censura del tema.

Sin embargo, cifras de la CONAPO, revelan en 2013 que el 97% de los adolescentes en México conocen al menos un método de planificación familiar, y que el principal método empleado es el preservativo. Entonces se observa que, pesar de la información, casi el 40% de las adolescentes que inician su vida sexual en México se embaraza, por tanto, se plantea que existen factores más complejos que la falta de información, en el fenómeno de la gestación temprana. Como son las barreras culturales y mitos, que ponen en desventaja a la mujer al delegar, de forma tradicional, la responsabilidad de usar métodos de barrera en relaciones sexuales al hombre.⁽⁴⁷⁾

A su vez, factores psicosociales, como sus habilidades para socializar, la necesidad de afecto, comunicación y cercanía con su familia influyen en el inicio de relaciones sexuales precoces y posiblemente no protegidas.

El autoestima es un sentimiento de aprecio y valoración por sí mismo, la autoestima en la adolescencia, es aprendida por su entorno, por las opiniones que los demás tengan de su persona. El autoestima es factor importante porque motiva a seguir adelante y el logro de objetivos, es entonces que, combinar una baja autoestima y toma de decisiones deficiente, posiciona el inicio de relaciones sexuales precoces como una competencia que implica un reconocimiento de pares y aceptación tanto en su grupo social, como en los vínculos afectivos de pareja; esto en búsqueda de autoestima.⁽⁴⁸⁾

De acuerdo a estudios, los vínculos emocionales, justifican la falta de protección durante la relación sexual, ello como un acto de amor o entrega a su pareja. Incluso adolescentes

manifiestan una idealización de la gestación temprana, al relacionarlo con la esperanza de un “amor romántico” y felicidad de pareja; afectos negados en su núcleo familiar. ⁽⁴⁹⁻⁵²⁾

Los motivos de gestación adolescente pueden también tener una mirada que infantiliza a la joven, considerándola como alguien incapaz de una toma de decisiones maduras que represente un beneficio para sí, o bien, como víctima de las circunstancias (vulnerabilidad, carencia y dependencia) que le ha tocado experimentar durante su trayecto de vida. Como se ha descrito, la gestación adolescente es un fenómeno multifacético y complejo, que no puede reducirse a la comprensión del ámbito biológico y de anticoncepción.

2.1.4 Soltería durante la gestación adolescente.

La crianza tradicional ha posicionado a la mujer en el papel de cuidadora, sacrificada y abnegada, a pesar de que el rol femenino varía de acuerdo al contexto, de acuerdo a Basaglia la mujer tiene las características de; el ser-para y ser-de-los-otros, como características femeninas definitorias. Es en consecuencia que, la mujer tiene arraigado un deseo de entrega que prevalece en modelos de crianza actuales, son instruidas en tradiciones que le suprimen o reprimen para adaptarse a su papel de entrega por los otros, de vida doméstica y crianza de los hijos, vulnerabilidad ante el hombre, vida de negación de sí, es decir abnegación ante los otros. ⁽⁵³⁾

Las escasas alternativas o la presión social que experimentan las adolescentes gestantes solteras, les obligan a replicar patrones de abnegación, aceptando la gestación temprana con sus consecuencias; aunado a una paternidad ausente que las estigmatizará como madres solteras ante la sociedad.

La soltería de acuerdo a la definición en el Código Civil, representa el estado de situación jurídica en la familia y en la sociedad se le cataloga como soltera, es decir, que aún no contrae un vínculo matrimonial o no convive con un cónyuge. La legislación actual destaca: “se entiende por madre soltera o sola a la mujer soltera, que cría de sus hijos menores de 16 años sin la presencia física ni el apoyo económico del padre o de cualquier otro varón”. ⁽⁵⁴⁾ A las mujeres que estuvieron casadas o viviendo en unión libre y tuvieron hijos pero ya no conviven con el padre biológico, se les considera madres separadas. Para el objetivo del trabajo se considera como adolescente gestante soltera tanto a madres solteras como madres separadas; a aquellas mujeres menores de 19 años, gestantes, que no conviven con el padre biológico de su hijo o con una pareja y que son aceptadas por su núcleo próximo para recibir cuidado.

El sector de madres solteras ha aumentado en la sociedad, las mujeres además de las dificultades económicas y estigma social, se enfrentan a un rechazo o abandono, a la carencia afectiva del cónyuge, a llevar la desempeñar la maternidad solas. Maternidad sola que, a pesar de plantearse como un modelo monoparental que brinda una nueva posibilidad de convertirse en madres, el inconveniente surge cuando la familia monoparental ocurre de manera no consciente y la situación se torna crítica cuando es durante la adolescencia. Situación que se convierte en frustrante, al sentir coartada su vida profesional y personal. Aunado a ello, la soltería durante la gestación adolescente interfiere en su estado emocional, autoestima, auto concepto. (53)

Un estudio de la Cámara de Diputados reveló que en México existen 4.5 millones de madres solteras, en su mayoría menores de 30 años. Cifras del Consejo Nacional de Población (CONAPO) apuntan que sólo 880 mil mujeres se consideran madres solteras, siendo las adolescentes de entre 13 y 19 años un importante grupo de población que conforma las estadísticas, de las cuales nueve de cada 10 tienen hijos cuando son menores de 18 años, mientras que seis de cada 10 viven con su padre o madre. ⁽⁷⁾

Además, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), publicados por el INEGI en el segundo trimestre de 2012, existen 10.8 millones de madres trabajando, la tasa de participación económica de las mujeres, según su situación conyugal, la tasa de participación económica más alta se da entre las madres solteras (71.8%) de las cuales un 33.7% corresponden a jóvenes menores de 30 años.

Si bien, las cifras no son acordes a la cantidad de madres adolescentes, cabe señalar que la necesidad de trabajar en este grupo de población se ve aumentada y optan por ingresar a la informalidad u oficios con precarias remuneraciones.

A pesar de la alta participación económica de madres solteras trabajadoras, la tercera parte de ellas vive en condiciones de vulnerabilidad y pobreza. Es decir, son un posible determinante de precariedad laboral que contribuye a la “feminización de la pobreza”.^(55,56)

El concepto de “feminización de la pobreza” que atañe a madres solteras adolescentes, surge con base en inequidades de género, oportunidades de desarrollo con carácter de subordinación ante puestos de renombre social o cargos públicos, limitantes en formación educativa, roles de género tradicionales y patriarcales, desempleo, trabajo no remunerado; las consecuencias de dichas problemáticas repercuten directamente en los hogares monoparentales liderados por mujeres.

Culturalmente la mujer sigue siendo vista como sumisa, débil y dependiente de una figura masculina. La discriminación, subordinación y dependencia son características del fenómeno conocido como opresión de las mujeres, y se manifiesta con repudio social, cultural y maltrato. Es por tanto que, la gestación temprana en condición de soltería convierte a este grupo poblacional en uno doblemente vulnerable, ya que, por su edad, preparación académica y estigmatización social, difícilmente aspiran a cambiar su posición de oprimidas.^(56,57)

2.1.5 Concepciones de Cuidado

El cuidado es una propiedad que forma parte del ser humano desde la gestación hasta el final de sus días. De igual modo, es una actividad vital para la preservación del ambiente en el que se habita. Martin Heidegger, en su obra *Ser y Tiempo* ⁽⁵⁸⁾ considera al cuidado como el interés más íntimo de la razón humana debido a la finitud de sí misma. El hombre es eyectado al mundo sin haberlo pedido, para cuando tiene posibilidad de razonar en ello, se da cuenta que ya está-ahí. Esto es, el Ser al descubrirse como limitado y finito, va a tener como una de sus propias estructuras al cuidado.

El *dasein* (existir) con sus características de eyecto en el mundo, limitado y finito, la practica el cuidado o *cura* (*sorgen*) por naturaleza, cuidado de las cosas y de los otros. Dentro de este cuidado el Ser debe preocuparse y ocuparse de las cosas en el mundo y su estar-en él, de este modo el *sorgen* se extiende a un ser-con otros, *sorgen* que es temporal a medida que el Ser es un ente “eyecto cayendo”, es decir, que su naturaleza está permeada por la temporalidad. Heidegger plantea el cuidado (*sorge*) como la actividad existencial esencial que sirve como guía para descubrir el existir, y vislumbrar si el Ser es dueño o no de su existencia, a partir de la consciencia que se tome de los actos y decisiones hechas en su existir. Por tanto, la naturaleza existencial del cuidado en Heidegger representa inquietud y preocupación. En conclusión, el cuidado para Heidegger es un fenómeno ontológico-existencial-fundamental, es decir, que posibilita la existencia humana.

Otro filósofo, Leonardo Boff, reconoce la injerencia de Heidegger para definir el cuidado como parte de la esencia del ser (*modo-de-ser-esencial*), definición que desde su perspectiva comparte y amplía. Para Boff, ⁽⁵⁹⁾ el cuidado más que una acción, es una actitud que al encontrarse en todas las etapas de la vida es imposible vivir sin él. El cuidado es la vivencia

entre necesitar ser cuidado y la disposición de cuidar, creando apoyo y protección indisociable entre los entes que son participes en el cuidado. Indisociables debido a que el acto cuidado-amoroso, cuidado-preocupación, cuidado-apoyo, son previos a la estructura del ser en el tiempo, en el espacio e historia, son el pilar y acto subyacente a todo lo que se emprende, y pertenecen a la esencia de lo humano.

Le concibe como una actitud de ternura, amabilidad, compasión, enseñanza, entrega, relación amorosa, y responsabilidad. Entendiendo ternura como la sensibilidad propia por las necesidades del otro, una combinación entre afectividad y compasión, protectora de la realidad personal, social y ambiental, es una mano abierta que se entrelaza con las del otro en significación de alianza y cooperación, sin someterlo ni dañarlo.

Dichas actitudes trascienden el plano del “yo” e incluyen al otro como un elemento central para el cuidado, entendiendo al otro no solo como un ente físico distinto a mí y por quien se está involucrado emocionalmente, por tanto, el otro representa elementos significativos; significados de preocupación, inquietud, desasosiego, malestar o miedo, y que necesitan del cuidado esencial para mitigarlos. Boff expresa que el único paradigma que podrá salvar a la humanidad de su destrucción es el cuidado. En su obra *El cuidado esencial*, invita a adoptar el Ethos del cuidado, impregnando cuidado a todas las acciones y pensamientos. Boff plantea que sin el cuidado se deja de ser humano.

Las distintas concepciones de cuidado convergen en algunos aspectos. El más sobresaliente es como el cuidado es inherente a la naturaleza humana, permeando así en el ser. A su vez, el cuidado no es concebido desde la individualidad, toma un carácter colectivo al extenderse al ser-con otros. Ser-con otros que denota preocupación, amor y conocimiento de sí mismo y los otros, involucramiento en las situaciones para identificar qué es lo que la otra

persona necesita y poder retribuir de forma empática el cuidado. Aspectos que se reflejará en la experiencia de adolescente gestante soltera en cuidado familiar, la familia es con ella, y viceversa.

2.1.6 La familia como determinante del cuidado en las adolescentes gestantes

Existen múltiples definiciones de familia, abordadas desde diferentes disciplinas. El concepto desarrollado por Bustamante y utilizado en ciencias de la salud, explica que la familia es considerada unidad única y total básica. Es una institución social que aparece en todas las sociedades conocidas, constituyendo una comunidad unitaria y total para los individuos que la integran. Es un organismo vivo complejo, cuya trayectoria de vida es un transcurrir de diversidades, adversidades, semejanzas, diferencias, individualidades, singularidades y complementariedades, que lucha por su preservación y desarrollo en un tiempo-espacio y territorio dado, y al cual se siente perteneciente, interconectada y enraizada biológica, solidaria, amorosa, cultural, política y socialmente. No se limita a lazos consanguíneos, existen vínculos de tipo afectivo, económico y organizacional. ⁽⁶⁰⁾

Desde el psicoanálisis, Ackerman ⁽⁶¹⁾ define la familia como una unidad significativa de desarrollo y experiencia, realización y fracaso, enfermedad y salud, que va a contribuir a la supervivencia de sus miembros, satisface las necesidades físicas del grupo, forma los roles sexuales, cubre las necesidades afectivas y favorece la salud mental, fortalece la personalidad, estimula actividades de aprendizaje (tareas familiares), es quien brinda particularidades al individuo con base en enseñanzas transmitidas.

Es un grupo de personas que conviven de forma cotidiana bajo un mismo techo, unidos no necesariamente por lazos consanguíneos, y que se procuran de forma recíproca en el cuidado y defensa de sus vidas mediante procesos de enseñanza- aprendizaje, desarrollando un sentido de pertenencia por parte de sus miembros. A su vez le concibe como un ente dinámico debido a los cambios relacionados a la influencia de cultura e ideología donde se desarrolle la familia. Es una entidad de cambio acorde a las modificaciones hechas en la sociedad y temporalidad que vive, tiene que ver con la aceptación de los miembros, un rechazo mutila a la familia.

Así mismo, la familia transita por periodos críticos donde puede fortalecerse o debilitarse, de acuerdo a los vínculos establecidos entre sus miembros, los cuales dependerán de factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. La familia posee una historia de vida, un periodo de germinación, nacimiento, crecimiento y desarrollo. Capacidades para adaptarse a cambios, crisis, finalmente se da una disolución de la familia vieja en una nueva.

La composición, integración y afinidad que existe entre los miembros de la familia permite que las familias se puedan tipificar, generalmente se dividen en los siguientes tipos:⁽⁶²⁾

- Nuclear: Cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
- Extensa: Conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- Compuesta: Los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc.)
- Uniparental: Solo cuenta con un conyugue, e hijos.

Las familias se pueden clasificar de acuerdo a su integración:

- a) Familia Integrada, donde la pareja y miembros conviven y cumplen sus roles predeterminados.
- b) Familia semi-integrada, donde los conyugues conviven, pero no cumplen sus funciones de manera adecuada.
- c) Familia desintegrada, es donde algún conyugue falta, independientemente del motivo (divorcio, abandono, muerte)

Y clasificación acorde a su organización:

- a) Familia organizada, con la característica de que, sin importar su integración, cada miembro de la familia cumple con las funciones que le corresponden.
- b) Familia desorganizada, donde no existen roles y limites definidos entre sus miembros. Este tipo de familia puede generar conflicto y posible desintegración.

Por interacción de sus miembros: ^(20,26,62)

- Familias patriarcales. Donde la permanencia prevalece, es decir, se forma una cadena transgeneracional de saberes, desde los viejos a adultos, adultos a jóvenes y jóvenes a niños. En este tipo de familia prevalece el saber tradicional y los roles son predeterminados. Las expectativas dentro de los miembros familiares se manifiestan claramente definidas y de alguna manera incuestionables. Sociabilizar fuera del núcleo familiar se considera irrelevante o en algunos casos contaminante.
- Familia de cambio. Este tipo de familia se ve inmersa en rápidos cambios adquiridos de un marco externo al familiar. En estas familias los adolescentes son quienes poseen gran

experiencia y conocimiento comparado al de sus padres. Quedando de este modo la experiencia de la familia rezagada a lo aprendido en el contexto fuera de su hogar.

- Familia independiente. Dicha familia considera que se adquiere madurez con independencia económica, y esta independencia conlleva a un distanciamiento de la vida familiar. Supone que este proceso de distanciamiento y diferenciación con la familia de origen será el que forje la identidad del adolescente, quien está en un momento clave para definir un proyecto personal.

A su vez, cada familia tiene un estilo de crianza. Se pueden mencionar tres tipos de crianza como los principales. ⁽⁶²⁾

- Estilo permisivo-liberal/ punitivo no estricto. En este estilo no existen normas ni límites autoritarios, los hijos suelen ser complacidos en sus exigencias; por tanto, terminan convirtiéndose en hijos sobreprotegidos, tiranos con escasa autoestima, niveles bajos para frustración y empatía.
- Estilo autoritario y violento. Este estilo es el que emplean las familias que resuelven y negocian sus conflictos con violencia (física, psicológica o económica). Desviaciones a las normas y autoridad, se penalizan con castigos, humillación y violencia.
- Estilo negligente-ausente. Los padres dan libertad normativa a los hijos de forma total.

Es un hecho que la familia es un ente dinámico que continua en constante transformación, adaptándose a los cambios sociales experimentados temporalmente. Por tanto, algunas clasificaciones, han dejado de ser funcionales o necesitan ampliarse, para ser aplicadas en la sociedad de modernidad actual; esto debido a las técnicas de anticoncepción, fecundación in vitro, modificaciones en roles de género, libertad de la mujer para insertarse en el ámbito laboral,

decidir ser madre sola y expresiones libres de sexualidad (comunidad Lesbianas, Gays, Bisexuales, personas Transexuales, Intersexuales, LGBTI) a través de matrimonios homoparentales y crianza de hijos en el mismo núcleo. ^(62,63)

Sin importar el tipo de familia donde se encuentre el adolescente, literatura por Carvalho, Deschamps y Pardo ^(63,64,65) demuestran que el afecto mostrado por la familia hacia los jóvenes va a permear en el desempeño de sus actividades cotidianas, desarrollo psicosocial, bienestar emocional. Así mismo se relaciona con un menor consumo de drogas y problemas de conducta. En contraparte, una mala relación y comunicación del adolescente con sus padres, se relaciona con consumo de drogas, deserción escolar, problemas de autoridad, inicio temprano de actividad sexual.

Las dinámicas dentro de la familia cambian de acuerdo a la etapa donde ésta se encuentre, se considera que los cambios son cíclicos, la transformación cíclica implica la relación de noviazgo, matrimonio, crianza de hijos, la partida de estos del hogar (para replicar el ciclo) y la muerte de algún integrante de la pareja. ⁽⁶²⁾

Todas las transiciones en el ciclo vital familiar implican procesos de crisis e inestabilidad, de igual forma experimentar una gestación adolescente representa un fenómeno de impacto en las actividades de ese organismo complejo, la familia. Si bien, la maternidad se asocia generalmente a la adultez, sin embargo, estudios señalan que la adolescente seguirá en esa etapa a pesar de su condición de gestante;⁽³⁾ por tanto, requiere apoyo en los procesos de cuidado que beneficien el desarrollo de su gestación. La familia se considera como un elemento crucial durante la gestación. El apoyo que pueda brindar a la adolescente se considera necesario y principal soporte para la adolescente gestante, convirtiendo a la familia en un cuidador principal de la misma. Las

relaciones positivas dependerán de una comunicación empática entre los miembros de la familia para enfrentar los desafíos que supone la gestación adolescente.⁽⁵⁰⁾

La reacción de la familia ante el evento de gestación adolescente, se puede manifestar desde dos puntos de vista. La familia afronta el fenómeno como un accidente en su vida, brindando ayuda para que la menor pueda continuar con su desarrollo. O la familia puede percibirlo como un fracaso propio y de su hija, situación que dificulta ofrecer un apoyo adecuado a la joven madre sin caer en maltrato o prácticas que no representan cuidado.^(50,62)

De acuerdo a Deschamps,⁽⁶⁴⁾ ante esta situación, las familias tradicionales podrían reaccionar con una actitud de rechazo, repudio, intolerancia, indiferencia y evasión, la adolescente con una gestación no planeada, se encuentra en una situación de gran tensión, donde el grupo que interactúa normalmente le rechaza y suele enfrentarse a la expulsión del núcleo familiar.

Cuando la adolescente es apoyada por los miembros de su familia durante la gestación, según Dulano,⁽³²⁾ esta tiene mayores posibilidades de transitar con normalidad, disminuyendo factores de riesgo sociales, psicológicos y emocionales que amenazan la evolución de una gestación saludable y truncan los proyectos de vida de las jóvenes.

Las principales funciones identificadas en los grupos familiares son las de protección física y emocional de sus miembros. En consecuencia, a pesar de que existan casos extremos, la mayoría de las familias asumen cuidar a sus hijas adolescentes gestantes y responsabilizarse de sus necesidades, así como hábitos en el estilo de vida (salud, dieta, ejercicio, consumo de drogas).⁽⁵⁰⁾ Las funciones biosociales, económicas, culturales y espirituales, que realiza la familia en el grupo son en gran medida el resultado de las relaciones y vínculos de sus miembros.^(62,65)

En conclusión, para motivos del estudio se define la familia como un grupo de personas que conviven de forma cotidiana bajo un mismo techo, unidos no necesariamente por lazos

consanguíneos, con preocupaciones recíprocas para sus miembros, mismos que desarrollan un sentido de pertenencia a su grupo e influyen en los comportamientos de los individuos que crecen dentro del grupo, estableciéndose normas, reglas, roles, condicionando creencias, actitudes, comportamientos.

Es entonces que, el cuidado familiar son las acciones de la familia, que traspasan el plano del Yo incluyendo a un “otro” (adolescente gestante en condición de soltería) con necesidad de cuidado como elemento central. Al “otro” se le confieren lazos emocionales significativos que despiertan, en la persona con disposición a cuidar; actitudes de entrega, amor, responsabilidad, compasión y enseñanza en un ambiente de respeto que no pretende someter sus voluntades.

2.1.7 La teoría del apoyo social

Las teorías del apoyo social, delimitan un apoyo que puede ser de tipo percibido u otorgado, a su vez, existen variantes en el apoyo, el apoyo puede recibirse desde una fuente natural como es la familia, formal integrada por grupos de profesionales o informal a través de grupos voluntarios, amigos o comunidades, con afinidad a la persona que se brinda apoyo y que no necesariamente cuentan con una capacitación como profesionistas en el ámbito; sin importar la fuente, los grupos de apoyo social se caracterizan por la unión e interrelación entre los mismos, composición y frecuencia de contacto. El apoyo social se ha definido de manera diversa y confiere una naturaleza multidimensional, dichas acepciones de apoyo percibido u otorgado y tipo de fuente de apoyo, estará condicionado con base en la teoría que se maneje; en este caso el apoyo social se refirió a lo propuesto por Barrón ⁽⁶⁶⁾ que corresponde a un apoyo percibido y para el objetivo de estudio se delimitó al apoyo que percibe la adolescente soltera en relación al cuidado familiar durante su gestación.

El apoyo social tiene la característica de conexión social y ayudar. Es decir, es una conexión social ya que corresponde a la transacción entre dos o más personas, un receptor y un proveedor, y representa ayuda ya que el propósito final es aumentar el bienestar del receptor de dicho apoyo. Las características del apoyo social, es decir conexión social y ayuda, son similares a las descritas por Boff para cuidado, actividades que traspasan el plano del “yo”, es decir ayuda; y la conexión social se da cuando este cuidado se otorga en beneficio de un tercero. ⁽⁵⁹⁾

De acuerdo a lo que refiere Barrón, existen tres vertientes para recibir apoyo, está el apoyo emocional, que es de carácter subjetivo y representa la percepción del individuo ante la disponibilidad de tener a alguien con quien expresar ideas, se pueda hablar, fomenta sentimientos de bienestar afectivo y elude sentimientos de amor, respeto, empatía, confianza, simpatía, estima, cariño en la persona que busca una escucha; suele significar el apoyo más importante para la mayoría de las personas.

El apoyo instrumental es un apoyo material directo que responde una problemática a quien lo necesita, incluye acciones o materiales proporcionados por un tercero en la situación y que, gracias a ello, conlleva a una solución práctica que facilita actividades cotidianas, estas pueden ser tareas domésticas, consultas, transporte, efectivo, compra de comida.

El apoyo informacional, es la forma en que las personas reciben consejo o guía significativa para comprender y ajustarse al mundo experimentado actualmente, apoyo informacional que responde al dado de forma informal. Dicha información no resuelve un problema de forma concreta o directa, empero, permite ayuda o autocuidado de la persona que recibe el apoyo informativo en dado caso que necesitara emplear el consejo o recomendación dada.

De acuerdo a la teoría del apoyo social, este puede tener un efecto amortiguador ante situaciones de riesgo, como prevenir la aparición de efectos psicológicos adversos, como la

depresión, estrés o aislamiento social, además de contribuir al autocuidado, es idónea para la resolución de problemáticas en el individuo ya que disminuye el impacto de los eventos estresantes en las personas.

2.1.8 Complicaciones y prácticas de cuidado durante la gestación adolescente

Las complicaciones durante la gestación adolescente aumentan en contraste con mujeres en distinto grupo de edad. Las madres adolescentes tienen un mayor riesgo para preclamsia, eclampsia, hemorragias, partos prematuros, rompimiento prematuro de membranas, desgarros vaginales, neonatos de bajo peso, distrés neonatal, anemia en la madre, abortos espontáneos, parto instrumentado y depresión postparto.⁽¹²⁻¹⁷⁾ De igual modo, las tasas de mortalidad en sus neonatos son 50 por ciento mayores comparadas con mujeres en otro grupo de edad. ⁽¹⁾ Las complicaciones y muertes maternas, es decir, la salud materna se convirtió en un punto central dentro de las agendas de Salud Pública en los países alrededor del mundo; entre los Objetivos del Milenio (ODM) efectuados en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el 2000, su objetivo cinco implica reducir la mortalidad materna de 1990 a 2015 en un 75%, y desde 1990 solo se ha conseguido una disminución del 45%.⁽¹⁾

Las adolescentes gestantes suelen tener deficiencias nutricionales atribuidas al bajo nivel educativo y la situación económica de su seno familiar. Una mala nutrición durante la gestación contribuye al 20% de las muertes maternas y es un factor de riesgo significativo para mortinatos, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso. El hecho de que se tuviera sobrepeso previo a la gestación, se relaciona con las dos principales causas de mortalidad materna, que son diabetes gestacional y preeclampsias/eclampsias.

La mala nutrición materna es un grave problema de salud mundial. Las deficiencias de bajo peso y nutrientes esenciales, así como sobrepeso y obesidad, generan consecuencias en la gestación y recién nacidos. Consecuencias que se observan magnificadas en madres jóvenes, ya que sus reservas nutricionales se ven agotadas. El ácido fólico funge como factor protector ante el desarrollo de anormalidades congénitas, tubo neural en mayor medida. Por consiguiente, es protector de morbilidad y mortalidad. Un factor protector para anemias durante la gestación, es el consumo de hierro y vegetales verdes. ^(67,68)

La gestación suele asociarse a una postura sedentaria, la mujer tiende a reducir su actividad física conforme incrementan las semanas de gestación. Sin embargo, de acuerdo a recomendaciones de la OMS, se debe mantener una actividad física durante la gestación, de intensidad y frecuencia moderada con un mínimo de 150 minutos por semana. ⁽⁶⁹⁾

La actividad física durante la gestación, conlleva a beneficios potenciales para la salud de la madre como el recién nacido, es un factor protector para la prematuridad, ⁽⁷⁰⁾ se refleja un decremento del número de partos por cesárea y muertes fetales. ⁽⁷¹⁾

Estudios señalan que la actividad física disminuye en una gestación temprana, ^(70,71) sin embargo no incluyen en su análisis factores contextuales como el multiempleo, creencias de la mujer y su familia respecto a la actividad física, contraindicaciones médicas para realizar actividades, o necesidad educativa que incentive el desarrollo de actividad física, por mencionar algunas.

Asimismo, durante la gestación adolescente se ha documentado una mayor prevalencia de trastorno depresivo, las consecuencias de este trastorno repercuten en la madre joven y su recién nacido. Consecuencias que van desde comportamiento suicida, mala interacción binomio madre-hijo, recién nacidos prematuros y de bajo peso. La mayoría de los estudios sobre este trastorno

suelen ubicar a la joven madre en el posparto, sin embargo, los casos también se dan durante la gestación con estrecha relación a algún tipo de violencia o abuso experimentado durante la gestación. ⁽⁷²⁾

El uso de tabaco y alcohol durante la gestación potencia durante la adolescencia, su consumo va a estar influenciado por presión social, contexto familiar. ^(60,70) Los efectos del consumo de tabaco y alcohol durante la gestación dan el carácter de urgente a las acciones de prevención y reducción de consumo de drogas lícitas durante la gestación adolescente.

La percepción de las adolescentes ante el consumo de alcohol y tabaco es diversa, ⁽⁷³⁾ por tanto cada una debe ser tratada de forma individualizada y considerando su contexto para de esta manera brindar atención pertinente y acorde a sus necesidades reales.

Necesidades reales que incluyen el ámbito espiritual. Al mantener la necesidad espiritual y las creencias de la adolescente por separado a los cuidados que se le pueden otorgar, se está ignorando un elemento que puede ser central para su apoyo. Existen mujeres que creen en un poder superior que va a influenciar en el desenlace de su gestación. Por dar un ejemplo, algunas se sienten vulnerables a “brujerías” durante su gestación, por tanto, requieren de un acompañamiento o apoyo espiritual/religioso que en ocasiones les resulta más significativo que el acompañamiento por una enfermera o enfermero. ⁽⁷⁵⁾ Un entorno tolerante a la fé podría incrementar la confianza de la madre joven para con los profesionales de salud.

Considerar explorar y comprender el cuidado familiar psicológico, espiritual, físico y nutricional que experimenta la adolescente gestante soltera resulta de utilidad para formular estrategias que permitan un cuidado humanizado y contextualizado.

2.1.9 Concepción de experiencia desde el referente teórico de Martin Heidegger

Las obras de Heidegger como sustento teórico fueron las de su época conocida como ontología fundamental, es decir, textos de Ser y Tiempo, Problemas fundamentales de la fenomenología y Ontología hermenéutica de la facticidad; esto debido al interés que en esta época el autor le da a la pregunta por el ser, la experiencia. Experiencia que es necesaria retomar desde la perspectiva de las adolescentes gestantes solteras en relación al cuidado familiar que perciben.

La experiencia en Heidegger forma parte de la reflexión de la existencia humana. La palabra alemana Dasein (da= ahí, sein=ser) es la palabra destinada para la existencia del Ser, dicha existencia está condicionada a la historicidad del Ser. La historicidad es la posibilidad de reinventarse dentro de las posibilidades del Ser, es decir, son los acontecimientos pasados que influyen en un futuro. Acontecimientos como una gestación temprana, no planeada y en condición de soltería, que impacta en el presente y futuro próximo.

En palabras del filósofo, se debe comprender el Ser para que se nos dé un mundo, solo hay Ser si se comprende el Dasein. Es por tanto que, esta teoría auxilia en el objetivo de la comprensión de la experiencia de la adolescente gestante soltera.

El Dasein ser-en-el-mundo se comprende de tres elementos, el significado de “estar en el mundo” (esto con carácter de ocuparse con lo próximo al ente), en ente que está en su mundo (el en-qué del ser Dasein), el estar-en (es el mundo propio, con Sorge “*cuidado*” como principal característica). Componentes indivisibles, que aislados no representan nada, pero unidos conforman el rasgo unitario del ser-en-el-mundo. ⁽⁷⁶⁾

Para comprender las experiencias se requiere replantearse la pregunta por el Ser desde un espacio atemporal, es decir, no como un ente, sino como un Ser que se pregunta por el Ser, mismo que está consciente que sus posibilidades de Ser están determinadas por su pasado y requiere romper la supremacía del presente. Ente y Ser, son diferentes, sin embargo, no pueden separarse uno del otro; cuando se homologa el Ser al ente, el Ser es cosificado, interpretado como un estar-ahí que se limita al tiempo presente. En palabras de Heidegger el “es” se comprende por todo el mundo, pero no es entendido conceptualmente, su entendimiento permanece oculto. Es el Dasein el cual, siendo, comprende el Ser. Entonces, se podría afirmar que no hay Ser sin comprensión del Ser y no hay comprensión del Ser sin Dasein. Para comprender el Dasein, a su vez, requiere de transparencia, es decir, dejar al descubierto el Dasein y eso, según el filósofo, es posible al reconocerse como un Ser para la muerte, parte del pensamiento ontológico-existencial de Heidegger. Esto es, porque el mero hecho de “existir” no es suficiente para Ser, se puede existir como un estar-ahí, afirmando la presencia de un ente, sin embargo, este ente puede no existir, al menos no como el concepto es entendido “el modo de ser del Dasein” ⁽⁵⁸⁾

En su obra *El ser y el tiempo*, describe lo que es un “ser en el mundo” (Dasein) e implica una serie de interrelaciones entre acciones emprendidas por el ser, decisiones, actitudes y conocimientos. ⁽⁵⁸⁾ Esto afirma el enunciado del ser humano como un ente social por naturaleza, que durante su vida establece múltiples relaciones.

Para Heidegger (en Rocha) ⁽⁷⁷⁾ la experiencia se genera en el marco de la “autoconsciencia” (selbstbesinnung), es comprendida desde lo empírico y como una sucesión de hechos dispersos que puede sintetizarse en el microcosmos de la consciencia individual. El fenómeno en cuestión en la filosofía de Heidegger es el de la vida como experiencia o como relación intencional con el mundo.

El mundo no es algo que se presente ante la mirada de los espectadores, es algo que ya está ahí, lo mundano, mundano entendido como lo circundante y presente en el mundo. Y se recalca la relación intencional ya que todos los entes son, aunque no estén conscientes de ello. Un ejemplo es cuando la mujer eventualmente conoce un hombre con el cual se siente identificada, después tiene relaciones sexuales no protegidas hasta que conlleva a una gestación no planificada, todo esto sucede sin pensarlo de manera detallada, es decir, durante el acto sexual y la relación con dicho hombre, no se piensa en la posibilidad de transmisión de enfermedades sexuales, de una gestación no planeada, del posible abandono de la pareja, nada, el ente solo está y la relación con el mundo se limita a lo que ella experimenta y a lo que los entes intramundanos le proporcionen en ese momento.

La concepción de Heidegger para la experiencia, está ligada a la dependencia estructural de interpelación (Anspruch) y correspondencia (Entsprechung) que caracteriza al vínculo originario hombre-lenguaje en el marco de reflexión en relación al Ereignis. En esto reside, precisamente el doble, pero único movimiento que define una experiencia: dirigirse hacia el lugar de la esencia, de lo “experimentado” y simultáneamente sin caer en contradicción, dejarse atrapar, sobrecoger y transformar en aquello que interpela al ser. En eso consiste la experiencia para Heidegger: en el despliegue del pensar como un camino que abre camino, y así corresponde al llamado primigenio y originario del ser y del lenguaje, bajo la tutela del “dejar pertenecer mutuamente” (zusammengehörenlassen), que caracteriza el Ereignis.

Así mismo la experiencia es el incesante tender a cumplir la pregunta por el ser, pregunta que no busca la duda ni se agota en ella, sino en la verdad; su momento esencial estriba en que a través de la experiencia “emerge el nuevo objeto verdadero”, siendo el aparecer o ser del ente. La experiencia es el esfuerzo por captarse a sí misma, y un modo de presencia a la vez, es decir, el

ser. El ser es presencia en Heidegger. La experiencia es el aparecer de la consciencia a sí misma, es permanente dialogo que reúne a los entes en su ser. ^(77,78,79)

Para comprender la experiencia de la adolescente gestante soltera en el cuidado familiar, se debe considerar su entorno, sentimientos, emociones, conflictos, contexto sociocultural, elementos con los que es-con otros, con su familia. A través de la experiencia de ser con los otros, es decir, coexistir, permitirá descubrimiento y comprensión de sí misma, brindará de sentido (auténtico o no) a su existencia.

De acuerdo a Heidegger, el mundo es un entramado, es la suma de todos los entes que no se limitan a su presencia, es decir, un “estar-con-otros” que brinda de sentido la noción de existencia. El Ser a su vez, es inconcluso a esto refiere con la frase “ser eyecto cayendo”, tiene diversas posibilidades de elección durante su existencia, es decir, el ser es un constante proyecto con diversas posibilidades durante su historia, posibilidades que terminan con la única posibilidad inminente dentro de todas las posibilidades posibles, la muerte. ⁽⁸⁰⁾

La experiencia de la adolescente gestante soltera es la sucesión de hechos dispersos que puede sintetizarse en el microcosmos de su consciencia individual, y es su ser-con otros de manera consciente o no (coexistir), que, al ser un hecho que da un giro a su vida, surgirá la pregunta por el ser, que permitirá un descubrimiento, comprensión e interpretación de sí misma, dentro de sus posibilidades de ser o no, brindando de sentido (auténtico o no) a su existencia para continuar siendo.

2.2 Estado del arte

Para la búsqueda de artículos científicos se elaboró un listado de palabras clave y términos alternativos en torno a la pregunta de investigación, para su posterior comparación y búsqueda con los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Una vez determinados DeCS, MeSH, calificadores y palabras clave, se elaboraron algoritmos de búsqueda con las combinaciones de dichos términos. Para facilitar el uso de los algoritmos, se escribieron en español e inglés. Las bases de datos consultadas fueron especializadas en Ciencias de la Salud, nacionales e internacionales. Se empleó Medline, PubMed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (RedaLyc), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), Consorcio Nacional de Recursos de Información Científica y Tecnológica (CONRICyT), Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social (Biblat), Espacio Común de Educación Superior (ECOES), Catalogo Colectivo de tesis UNAM (TESIUNAM). Con filtros para publicaciones recientes (2010-2016), estudios de tipo cualitativos, temática relacionada a cuidado y cuidado familiar en la gestación, por último, que la población estuviera constituida por menores de 19 años embarazadas. Una vez filtrados los estudios, se les realizó un análisis crítico con ayuda de la parrilla cualitativa para lectura crítica del programa Critical Appraisal Skills Programme (CASPe).

Posterior a la búsqueda y análisis, se encontró que las experiencias de cuidado familiar en la adolescente gestante, con enfoque cualitativo, se han estudiado muy escasamente del 2010 a la actualidad. Los artículos a retomar se ubican en países latinoamericanos. Cabe mencionar que la mayoría de los estudios toman en cuenta el estado civil de la adolescente gestante, sin embargo, a comparación del presente estudio no es manejado como criterio de inclusión. A nivel nacional no

se encontraron estudios actuales con este enfoque. Los estudios que a continuación se describen incluyen el cuidado familiar como una categoría dentro de los resultados.

En 2015, Carmo y Teixeira ⁽⁸¹⁾ hicieron un estudio cuyo objetivo fue comprender las experiencias y percepciones de las mujeres con mayor riesgo gestacional acerca de los problemas/necesidades y prácticas de cuidado en salud. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo a través de estudio de caso, abordaron 12 mujeres en atención prenatal en un servicio público especializado en Cuiabá, por medio de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido. Las participantes relataron eventos relacionados al contexto y que afectan su salud (desinformación, los miedos y temores, desordenes de la vida cotidiana y familiar, las necesidades financieras, y otros). El proceso de análisis resultó en dos categorías principales: experiencias de eventos médicos y no médicos, de esta categoría emergían las subcategorías: falta de preparación para actuar de forma autónoma y cuidar de sí mismas, donde los discursos de las mujeres señalaban dudas, temores y preocupaciones debido a la dificultad de traducir sus complicaciones durante la gestación (información sobre causas y consecuencias); sufrimientos afectivos y culturales, donde las mujeres revelaron felicidad y satisfacción de la maternidad, a su vez, inseguridad, miedo y ansiedad; otra subcategoría fue Dificultades de la vida personal y familiar, aspectos sociocultural y económico; y la segunda categoría fue, principales eventos médicos como objeto de servicios de atención prenatal. El estudio demostró que las mujeres embarazadas necesitaban cuidados de diversos tipos, físicos, sociales, psicológicos, emocionales, educativos, entre otros. A su vez estas necesidades se ven contrariadas al pertenecer a un grupo social vulnerable. La categoría emanada del análisis de resultados que más se vincula al objeto de estudio, es la de sufrimientos afectivos y culturales, así como la de dificultades de la vida familiar y personal.

Concluyen que comprender las experiencias y opiniones de las gestantes es indispensable para la construcción de acciones prenatales que puedan responder a las necesidades de atención integral.

En 2013, Rodrigues, Ramos y dos Santos ⁽⁸²⁾ llevaron a cabo un estudio donde los objetivos fueron identificar y analizar los significados de cuidado y el autocuidado en la maternidad adolescentes, los principales usuarios de la red de atención y los recursos disponibles en su entorno social, para promover y apoyar la atención materno-auto cuidado. Investigación cualitativa, teoría fundamentada, realizada con 13 adolescentes, de abril a julio de 2011 en Brasil. La recolección de información fue a través de entrevista semiestructurada. Posterior al análisis de contenido temático surgieron tres temas centrales: la atención materna, la ayuda / apoyo y autocuidado. El estudio concluye en que la participación familiar y el apoyo social a las madres adolescentes, permite a la adolescente construirse como una madre, la creación de autonomía en atención materna y cuidados personales. Imperando la necesidad de un mayor papel del profesional de la salud en la participación de la construcción de ser madre adolescente, trabajando en apoyo de las familias y adolescentes.

En 2012, Chévez ⁽⁸³⁾ tuvo como objetivo describir, analizar y comprender el cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar, discutir las implicancias para enfermería del cuidado de la familia a la madre adolescente y su recién nacido en el hogar. Para la recolección de datos se empleó la entrevista semi-estructurada en siete madres adolescentes peruanas y a sus familiares en sus hogares, audiograbadas con una duración aproximada de 60 minutos. Se usó el análisis de contenido temático, obteniéndose tres categorías, la categoría que abarcó el cuidado familiar, fue la de: *Cuidado familiar para la simbiosis madre adolescente* -

recién nacido. Esta categoría hace énfasis en los cuidados puerperales y como la familia interviene en los mismos, considerando aspectos culturales. Refiere el cuidado fortalece las redes familiares; enfermería dentro de ese rubro tiene una función primordial y es la educación. También desarrolla aspectos de vínculos afectivos madre adolescente- recién nacido, y se sustenta en la teoría del apego. Otra categoría es la de *Reorganización de los roles familiares para el cuidado de la madre adolescente y recién nacido*, y *Aspectos legales respecto a la paternidad*. En el estudio se concluye que los cuidados brindados en el ambiente familiar, favorecen el vínculo afectivo, basado en las creencias y prácticas aprendidas de su entorno familiar/cultural; aspectos que deben ser considerados por el personal de salud al brindar sus cuidados.

En 2010, Soto y Durán⁽⁸⁴⁾ realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de describir la experiencia del embarazo de un grupo de adolescentes. Se recolectaron datos a través de entrevistas en profundidad, realizadas a 30 adolescentes gestantes en Brasil. El estudio se apoyó en la teoría fundamentada. Del análisis emergieron siete categorías, la categoría relacionada al estudio fue *"Experimentando formas de cuidarse"*. Concluyeron que las adolescentes embarazadas asocian cuidado con cambios en sus comportamientos sociales sin ser significativos los cambios físicos. El 79% de las adolescentes eran primigestas. Además, dieron a conocer que la relación padres-adolescente se afianza durante el embarazo. Finalmente, hacen un llamado urgente a innovar estrategias de cuidado individualizado y contextualizado.

Posteriormente para enriquecer los referentes teóricos y sustentar la interpretación derivada del análisis de datos, se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos antes mencionadas, sin embargo, esta ocasión enfatizando las relaciones familiares y apoyo familiar

percibido en situación de embarazo durante la adolescencia, encontrándose los siguientes cuatro estudios, tres de tipo cualitativo y uno cuantitativo. Todos en Latinoamérica.

Barreto-Huazeur E, Saenz-Lozada ML, Velandia-Sepúlveda F, Gómez-González J. ⁽⁸⁵⁾ Realizaron en 2013 un estudio en Bogotá, cualitativo, exploratorio. El objetivo que se plantearon fue indagar en el significado del embarazo para la adolescente y su familia. Los datos se obtuvieron en una entrevista a profundidad, efectuada en casa de diez familias con adolescente gestante, y mediante un grupo focal con 12 adolescentes embarazadas. Las entrevistas y el grupo focal se realizaron con guías semiestructuradas, fueron grabadas, transcritas textualmente e importadas al software Atlas.ti 7.0. Luego de la lectura, discusión y análisis de las entrevistas y con base en los referentes teóricos, el equipo investigador construyó el Libro de Códigos con 5 categorías principales y 7 subcategorías. El análisis por categorías mostró en las adolescentes un límite tenue entre narrativa identitaria y no identitaria con una identidad basada en el concepto familiar. En la familia el embarazo genera una serie de respuestas que incluyen el miedo de la adolescente y su pareja, la decepción parental, el aislamiento social familiar y finalmente la aceptación y resignificación del mismo. Las categorías relacionadas a mi temática fueron adolescente, familia de origen, mitología familiar.

Álvarez ME. ⁽⁸⁶⁾ Realizó un estudio de tipo cualitativo en 2015, su objetivo fue identificar el autocuidado que realizan mujeres embarazadas en una comunidad de Jiquipilco. Participaron siete mujeres embarazadas de 15 a 35 años, con entrevistas semi estructuradas, categoría relacionada a mi estudio: equilibrio e interacción social y soledad. Donde explica la participación de redes de apoyo (familia) en el autocuidado. Concluyeron que el autocuidado en dicho grupo de mujeres es deficiente, requieren de reforzar hábitos de alimentación, ejercicio, nivel de conocimientos para prevención de posibles riesgos.

Cuellar y Jaimes, en 2015 ⁽⁸⁷⁾ realizaron un estudio con el objetivo de describir las vivencias de ocho mujeres en embarazo con diagnóstico de VIH en Bogotá. El estudio fue cualitativo, utilizaron entrevista semi estructurada, las mujeres tenían de 22 a 40 años de edad. Las categorías emanadas del análisis de datos y con relación a mi estudio son: red de apoyo, saberes y pensares de cuidado, saberes y pensares de gestación, preocupaciones del embarazo (sentimiento de miedo y desconsuelo). El estudio concluyó que, en ese grupo de participantes, a pesar de enterarse del embarazo mientras tenían un diagnóstico de VIH positivo, las mujeres mostraron interés en fomentar prácticas de cuidado.

Bensaja ED, García AC, Neiva-Silva L, Nieto CJ, Koller SH. ⁽⁸⁸⁾ Realizaron un estudio cuantitativo en 2012, en Brasil, con el objetivo de describir y comparar el perfil de los adolescentes con y sin experiencia de embarazo. Se realizó a través de un estudio exploratorio descriptivo comparativo, muestra de 452 adolescentes, con experiencia de embarazo 226. 14 a 19 años. Grupos aleatorios, instrumento el cuestionario “Juventude Brasileira” compuesto por 109 preguntas y para el estudio se limitó a cuestiones de la vida sexual, reproductiva, relación familiar y apoyo familiar. Los adolescentes que tuvieron experiencia de embarazo vivían con su madre (79.6%), hermanos (71.2), padre (42.2). En los resultados demuestra que la adolescente no solo tiene un hijo, sino también hace una transición a la vida conyugal (la mayoría tenía pareja), el bajo nivel socioeconómico de las adolescentes y sus familias es determinante en el rechazo de la gestación, debido a la preocupación que ocasiona la posible interrupción de la escolarización de la adolescente. El grupo con experiencia de embarazo tendía a evaluar de forma negativa a su familia, revelando un menor sentimiento de apoyo familiar, no se sentían confiadas, inseguras e incluso irrespetadas por su familia de origen. Señalaron recibir más apoyo instrumental por parte de sus familias que el emocional.

Capítulo III

Abordaje Metodológico

3.1 Diseño de estudio

Abordaje de tipo Cualitativo, fenomenológico hermenéutico. La fenomenología hermenéutica de Heidegger ^(58,76) va más allá de mostrar el fenómeno, está pensada alrededor de la ontología, es decir, aquello que permite preguntarse por el Ser, pregunta de carácter abierto que no necesariamente llega a una respuesta, no es la ontología del encuentro, más bien, es la ontología que regresa al nodo inicial para que permita una constante apertura y develación del ser, característica que, a su vez, relaciona al Ser con la facticidad del tiempo, su ser-siendo-sido.

A la fenomenología hermenéutica le interesa la noción de apertura, que los entes se abran y no se definan, es decir, que el fenómeno -o ente- se manifieste en sus posibilidades y no en sus definiciones, dinámica propia del Ser. Por tanto, los referentes teóricos propuesto no pretende limitar las acepciones, pensamientos, reflexiones o actitudes manifiestas en las narraciones de la adolescente gestante soltera, es más bien dejar en claro las preconcepciones que guiaron en la interpretación de su experiencia. Retomando las palabras de Heidegger en su obra *Ontología: Hermenéutica de la facticidad* ⁽⁸⁹⁾, el autor enfatiza que la fenomenología es ante todo un modo de investigar, hablar de algo tal como ese algo se muestra, y solo en la medida que se muestra. Con la frase “modo de investigar” no quiere decir que es un proceso estratificado exacto, si no, que vuelve a la descripción inicial, la pregunta de la pregunta, la apertura de un fenómeno sin adoptar dogmas que le limiten.

La fenomenología de Heidegger habla de acercarse a algo a partir de interpretar las necesidades de ese algo, es decir, el ser- ahí se manifiesta desde lo personal y no del “a priori”

con el que se ha explorado el fenómeno desde el ámbito cuantitativo y la mirada de actores ajenos al fenómeno. Interpretación que conforma la estructura existencial humana, interpretar no es algo que el hombre pueda dejar de hacer a voluntad, es algo que le constituye y no lo puede prescindir, a su vez, este método contribuye a una aproximación para comprender fenómenos de los que se conoce poco y se aspira a lograr un entendimiento en su contexto natural, es decir, comprender la experiencia de la adolescente gestante soltera en cuidado familiar; para posteriormente analizar con mayor profundidad, la complejidad y diversidad de dichas experiencias.

3.2 Contexto

Las adolescentes gestantes solteras son residentes de la Ciudad de México, en comunidades semi urbanas y urbanas (Xochimilco, Tlalpan, Iztapalapa, Iztacalco, Cuajimalpa), de estrato socio económico bajo o medio bajo. Con afiliación a seguridad social IMSS por parte de la escuela, y seguro popular; con ocupación de estudiantes de nivel medio superior y una participante dedicada al hogar. Primigestas, oscilando entre los 16 y 17 años, en sus últimas semanas de gestación, de 36 a 38 semanas, gestación no planeada por prácticas sexuales no protegidas, así como falta de información métodos anticonceptivos de emergencia. Las adolescentes empleaban la píldora anticonceptiva del día siguiente o emergencia, como un método de anticoncepción habitual. Cuentan con apoyo de su núcleo próximo, es decir, su familia. Proviene de familias desintegradas (solo abuela), nucleares extensas (ambos padres y hermanos con abuela), monoparentales (solo madre y hermanos), monoparentales extensas (solo padre, hermanos, abuelos y tíos) compuestas (madre soltera con segundo matrimonio, padrastro, hermanos y medios hermanos). De religión católica practicante, católica no practicante, cristiana y atea. Con inicio de control prenatal posterior al primer y segundo trimestre de gestación, por

negación de la gestación ante la familia. Dos participantes con experiencia previa de unión libre, actualmente solteras. En condición de soltería tanto por decisión propia y abandono de la pareja.

La mayoría de sus familias son restrictivas, a las cuales las adolescentes les ocultaron que mantenían un noviazgo, ya que se los tenían prohibido. Refieren conocimientos en cuanto a métodos anticonceptivos, sin embargo, sus prácticas distan de ello, mantuvieron relaciones sexuales no protegidas y abuso de la píldora del día siguiente, así como fantasías de esterilidad. Tres participantes con antecedentes de anemia y hospitalizaciones durante su gestación debido a infecciones en vías urinarias.

Andrea y Elsa con antecedente de unión libre con el padre biológico de sus hijos, con actual abandono de los mismos; las demás participantes con una paternidad ausente resultado del rechazo de paternidad y la decisión de no abortar.

Dos familias uniparentales, madre como jefe de familia en el caso de Diana, soltería debido a abandono del padre; y padre como jefe de familia en el caso de Carla, soltería abandono de la madre. Elsa está en una familia compuesta, su madre era soltera hasta que se casó y tuvo a su media hermana. Otra familia compuesta es la de Andrea, su abuela la cuidó desde pequeña, cuando su pareja le abandona decide regresar a casa de sus padres, sin embargo, no se siente cómoda y vuelve con su abuela, a quien considera es su única familia.

La religión es acentuada en su vida cotidiana. Los hogares de las familias participantes son decorados con múltiples figuras, cuadros, altares, pinturas de índole religioso. A su vez, el lenguaje que emplean en el núcleo familiar hace recurrente alusión a divinidades. A excepción de Carla, quien proviene de una familia católica, pero se considera atea desde hace tres años, mantiene una actitud de escepticismo cuando se refieren al tema de religión.

3.3 Participantes

La selección de participantes se realizó por criterio de conveniencia, donde de acuerdo a Patton,⁽⁹⁰⁾ quiere decir que, participan como informantes claves personas que posean experiencias que enriquezcan la narrativamente el proyecto, es decir, que proporcionen datos ricos en información sobre la base del problema y fenómeno de investigación. Este es el caso de las adolescentes gestantes solteras en ultimas semanas de gestación, pues han consolidado la experiencia de cuidado familiar durante 36 a 38 semanas.

Las informantes claves idóneas para el estudio fueron mujeres menores de 19 años, gestantes, en condición de soltería, con lazos familiares de algún tipo, que cohabitaban con su familia y con deseos de participar de forma voluntaria. Todas las participantes tenían menos de 18 años de edad, por tanto, la autorización para participar también debió ser otorgada por sus tutores, padre o madre, familiares mayores de edad.

3.4 Procedimiento para la recolección de datos

Se localizaron a las informantes claves en la Ciudad de México en un Hospital de Ginecología de la Delegación Álvaro Obregón, donde labora el investigador. Con uniforme clínico e identificado con credenciales escolares a la vista, abordó a las participantes en los servicios de hospitalización y consulta externa, que cumplieran con los requisitos de acuerdo al criterio de conveniencia. Una vez identificada la probable informante clave, el investigador se presentó e identificó como estudiante, el cuestionamiento inicial fue referente a su edad y estado civil, en caso de tener menos de 19 años y ser soltera, se le explicó a la probable informante clave en qué consistía el estudio a realizar, se hizo énfasis en su participación voluntaria. Si la probable informante clave aceptaba participar, se hacía lectura del consentimiento informado (apéndice a) y se solicitó su rúbrica de autorización, así como la de un tutor en caso de tener menos de 18 años cumplidos. La informante clave brindó datos de identificación que se solicitan en la cedula de datos (apéndice b), acordándose la fecha y hora que puede recibir al investigador para realizar la entrevista, o el horario en que el investigador puede llamar por teléfono para concretar una cita en su hogar o el lugar donde la participante considere que le brinda un ambiente de tranquilidad y confianza.

La recolección de datos se hizo a través de entrevista en profundidad; de acuerdo a Mejía en Quintana, la entrevista en profundidad por lo general es informal, con temas amplios. Comenzará con una pregunta generadora, amplia, que busca un primer relato no sesgado, que será el que servirá como base para la profundización ⁽⁹¹⁾ su propósito, de acuerdo a Taylor y Bogdan, ⁽⁹²⁾ es comprender las apreciaciones del informante respecto a su experiencia en sus propias palabras. Se eligió entrevista en profundidad ya que permite conocer de forma amplia y específica en ciertos temas, lo que los participantes quieren decir y por tanto permite una

comprensión de forma profunda. Además de crearse una atmosfera donde es más probable que se exprese libremente. Se inició la entrevista con una pregunta amplia y generadora, permitiendo que la participante desarrolle su experiencia sin limitantes o de manera inducida. “¿Qué puedes compartir de tu experiencia con el embarazo?”, para después profundizar los tópicos que se pretende estudiar.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de entre 70-100 minutos por sesión. Sin embargo, en el consentimiento informado se aclaró que aproximadamente se estimaba una duración de entre 60 a 80 minutos. Durante la entrevista se llevó a cabo grabación de voz previa autorización por medio del consentimiento informado. Durante la entrevista se llevó a cabo un diario de campo, con el propósito de registrar lenguaje corporal, bosquejos de los temas tratados en cada entrevista, comentarios, intuiciones, interpretaciones, juicios de valor, conjeturas, que permitan una mayor comprensión de los audios durante la entrevista. Según Bonilla y Rodríguez, “el diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación. Puede ser especialmente útil [...] al investigador en él se toma nota de aspectos que considere importantes para organizar, analizar e interpretar la información que está recogiendo”.

⁽⁹³⁾ La delimitación del número de participantes, es decir, el tamaño muestral, se conformó teniendo en cuenta el punto de saturación de la información obtenida, según Glasser y Strauss, en Quintana, es aquella situación donde los informantes no aportan hallazgos nuevos que permitan la elaboración de categorías, e indica el momento del abandono del campo. ⁽⁹¹⁾ Se realizaron seis entrevistas en profundidad.

Una vez recabada la información, se procedió a la transcripción fidedigna de los datos de la entrevista en una versión del procesador de palabras Microsoft Word Office, 2013. Ya hecha la

transcripción de las primeras entrevistas, se leyeron los textos de manera completa varias veces hasta encontrar significados profundos en el discurso, patrones y contrastes, contradicciones. Cuando el investigador consideró que quedaban temas para profundizar se volvió a concretar una cita con la participante para realizar una nueva entrevista en profundidad, audio grabada y repetir el procedimiento. Después, se procedió a la codificación de datos, elaboración de categorías; resultando dos categorías principales, la primera con tres subcategorías y la segunda con dos subcategorías.

3.5 Recursos y apoyo logístico.

El investigador fue quien entrevistó a las informantes, con audio grabadora. Llevó libreta y pluma para registrar notas de campo. La cedula de datos de identificación la elaboró el investigador, abarca datos sociodemográficos como son el domicilio, teléfono, escolaridad, ocupación actual; y datos ginecobstétricos, miembros de la familia que viven en la misma casa.

3.6 Consideraciones éticas.

La investigación se sustentó a los principios éticos y legales de la Ley General de Salud en materia de Investigación. ⁽⁹⁴⁾ Artículo 14. Se cumple con lo manifiesto en dicho artículo ya que la presente investigación cuenta con consentimiento informado por escrito, se les explicó el objetivo del estudio, así como la naturaleza voluntaria de su participación en el mismo. Con base al artículo 16. Se respetó la confidencialidad de los datos y el anonimato de las entrevistadas. Esto a través del uso de pseudónimos, a las participantes se les asignaron nombres propios en orden alfabético descendente acorde al momento de participación. Ejemplo: Participante 1. Andrea, 2. Blanca, 3. Carla, consecutivamente. Así mismo se mantuvo el compromiso con las participantes respecto a utilizar la información proporcionada únicamente con fines académicos y de investigación.

En el artículo 17 de la Ley General de Salud se menciona que la investigación sin riesgo son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: Cuestionarios, entrevistas y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta; el presente estudio entra dentro de este rubro, ya que es un estudio que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las participantes en el estudio. Sin embargo, se hizo una preparación previa de las participantes, aclarando que al hacerse conscientes de su experiencia se pueden remover emociones o sentimientos que permanecían bloqueados u ocultos, por tanto, existía la posibilidad de que las emociones sean palpables a través de llanto, enojo, felicidad y no

habrá ningún problema si lo manifiestan en la entrevista, se hizo hincapié en que la investigadora no juzgaría de manera personal ninguna conducta o testimonio derivado de la entrevista.

Se enfatizó a las participantes que su permanencia en el estudio era voluntaria y podían optar por dejar de participar en cualquier momento sin repercusiones de especie alguna. Asimismo, se les aclararon los propósitos de la investigación, los procedimientos de recolección de datos y cómo fueron elegidas para participar. Durante la investigación y posterior a ella, tuvieron disponible el número del investigador, personal y de trabajo, de esta forma sabían con quién dirigirse en caso de tener dudas o exponer inquietudes.

La investigación no contó con beneficio de índole económico para las participantes, sin embargo, se les brindó asesoría personalizada a las adolescentes que externaron su deseo por la misma, esto a través de visitas domiciliarias y acompañamiento a las consultas de control prenatal en la institución donde fueron atendidas, dicho acompañamiento incluyó gastos de transporte y alimentos.

Se les ofreció una consultoría acerca de profilaxis para el parto y puerperio, posterior a su colaboración en el estudio, cuidados del recién nacido, métodos anticonceptivos, información sobre becas y apoyo económico a madres solteras y libertad de consultar tópicos en los que tuvieran dudas o interés de reforzar conocimientos. Se realizó monitoreo de constantes vitales en cada entrevista y asesoría en cualquier tema en el que tuvieran necesidad de información. Así mismo, alojamiento para las participantes que acudían durante la noche al servicio de urgencias del hospital de ginecología, ubicado en cercanía a la vivienda del investigador y se ofreció asesoría a las derechohabientes del IMSS en tramites hospitalarios.

3.7 Análisis de datos

Para el análisis cualitativo de la información obtenida de las entrevistas, se realizó análisis cualitativo de los datos. De acuerdo a Gallart, esta “aproximación metodológica (el análisis cualitativo) permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar u definición de la situación, la visión que tienen de su propia historia y de los condicionamientos estructurales...”⁽⁹⁵⁾.

Para el análisis de los datos se realizaron cuatro etapas, de acuerdo a lo propuesto por Miles y Huberman.

Etapas 1. Obtener información. Se obtuvo la información a través de entrevistas audio grabadas y notas de campo.

Etapas 2. Captura, transcribir, orden de la información. Dichas entrevistas se transcribieron de manera fidedigna en Office Word 2016, dos días posteriores a su realización como plazo máximo para ser transcritas en su totalidad; se imprimieron las entrevistas y se fotocopiaron las notas de campo con la finalidad de preservar las notas originales. La información fue releída en varias ocasiones, en búsqueda de patrones, contrastes, contradicciones, significancia.

Etapas 3. Codificación. Las entrevistas fueron tabuladas por párrafos en el paquete Office Word 2016, asignando a cada unidad de análisis un número consecutivo en orden ascendente, las tablas para codificación de entrevista constaron de cuatro columnas, estas fueron: número consecutivo de párrafo, entrevista literal (emic), entrevista adaptada (etic), etiqueta. La codificación fue abierta, es decir, libre de preconceptos teóricos, permitiendo que los datos hablaran, identificando sus dimensiones y propiedades. El esquema de códigos se dividió en actividades, actos, significados, contexto, relaciones sociales, perspectivas, eventos. Una vez

concluida la codificación inicial con una participante, se procedía a la búsqueda o cita con la siguiente.

Etapa 4. Reducción o integración de los datos. Se realizó una re-lectura y re-codificación de los datos previamente codificados. Con los códigos, se realizaron tablas de frecuencias; las ideas, temas, conceptos, códigos que conformaron patrones y contrastes, se agruparon en categorías. Las tablas de codificación elaboradas de forma individual, se reagruparon en una tabla colectiva de codificación de acuerdo a la relación entre códigos y emanando categorías y subcategorías. Categorías tanto empíricas como teóricas, fueron contrastándose entre sí, buscando vínculos, agrupándose hasta lograr dos categorías; a su vez, se indagaron casos negativos y fueron integrándose. Después a ello se realizó análisis e interpretación de tipo hermenéutica. Dicho análisis toma como eje principal la interpretación, misma que, pretende sobrepasar los datos textuales en busca de significados considerando el contexto e historicidad de las participantes. Para el análisis se contrastó la experiencia de las participantes, previamente diseccionada en códigos, categorías y subcategorías, con el marco referencial; la flexibilidad del análisis permitió modificar el marco referencial de acuerdo a las necesidades interpretativas que arrojaron los datos. El análisis incluyó la triangulación de resultados, método de Streubert y Carpenter,⁽⁹⁶⁾ que implica la triangulación de resultados con un investigador experto, la triangulación se realizó en asesorías, coloquios, congresos (XV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería 2016) y seminarios de clases.

3.8 Rigor científico.

Se empleó la técnica enunciada por Miles y Huberman, ⁽⁹⁷⁾ orientada a la prueba o confirmación de hallazgos: obtener la retroalimentación (*feedback*) de los informantes. Esto, durante las entrevistas se mencionó partes de los propios discursos a modo de cuestión para comprobar que los datos obtenidos son fidedignos. Contribuyendo a su vez, al criterio de credibilidad descrito por Lincoln y Guba, ⁽⁹⁸⁾ que implica que los hallazgos sean reales y verdaderos, para esta finalidad, una vez transcritas, codificadas y analizadas las entrevistas se procedió a volver con las participantes para corroborar que los escritos son efectivamente sus voces y no existen interferencias, cambios de sentido en las narrativas o mala interpretación por parte del investigador.

Fue importante no confirmar las narrativas prematuramente, una participante decidió abandonar el estudio posterior a la primera revisión de sus narrativas.

A su vez, se hizo una detallada descripción de las participantes, explicitando los contextos donde se pueden hacer validos los resultados del estudio. Cumpliendo con el criterio de transferibilidad, Denzin ⁽⁹⁹⁾. También se empleó la triangulación de investigadores expuesta por Denzin. Esto al someter las categorías, subcategorías e interpretación realizada, a contraste con expertos en investigación cualitativa, asesores, profesores, compañeros de Maestría, tanto en seminarios formativos, como en tutorales y coloquios de investigación.

Capítulo IV

Resultados y discusión

4.1 Perfil de las participantes

La descripción de las participantes (apéndice c) en la tabla 1, muestra que son jóvenes que oscilan entre los 16 y 17 años de edad, primigestas, con familias de diversos tipos, nuclear, extensa, compuesta, Uniparental, se observa fenómeno de gestación temprana como transgeneracional, desde abuela, madre e hija. Su nivel educativo varía con secundaria concluida y trunca, actuales estudiantes de bachillerato y dedicadas al hogar, de nivel socioeconómico medio a bajo, originarias de la ciudad de México y residentes de diversas delegaciones (Xochimilco, Cuajimalpa, Iztacalco, Iztapalapa, Tlalpan).

Tabla 1. Perfil de las participantes

Perfil de las participantes										
#	Participante	Edad	S D G	SS	Religión	Ocupación	Familia	Integrantes familiares	Edad	Nivel socio económico
1	Andrea	16	3 8 *	Sí (SP)	Católica	Casa	Compuesta	Abuela	65	Bajo
2	Blanca	16	3 7 *	Sí (ESC IMSS)	Católica	Est. Bach	Extensa	Abuela materna	62	Bajo
								Madre	42	
								Padre	46	
								Hermano	21	
3	Carla	17	3 7 *	Sí (SP)	Católica	Est. Bach	Uniparental	Padre	40	Medio
								Hermana	15	
								Hermano	12	
4	Diana	17	3 8 *	Sí (ESC IMSS)	Cristiana	Est. Bach	Uniparental soltería	Madre	48	Bajo
								Hermano	24	
								Cuñada	29	
								Sobrinos (3)	10,8,3	
5	Elsa	17	3	Sí	Atea	Est.	Compuesta	Madre	46	Medio

			7 *	(ESC IMSS)		Bach		Padraastro	48	
								Hermano	27	
								Media hermana	12	
6	Flor	16	3 6 · 5 *	Sí (ESC IMSS)	Católica	Est. Bach	Nuclear	Madre	48	Bajo
								Padre	52	
								Hermano	27	
								Hermana	24	

SDG: semanas de gestación

(*) : primigestas

SS: seguridad social

SP: seguro popular

ESC IMSS: seguro social escolar, derechohabiente Instituto Mexicano del Seguro Social

Est. Bach: Estudiante de bachillerato con secundaria terminada

Casa: Tareas del hogar con secundaria trunca

4.2 Resultados

Del análisis resultan dos grandes categorías. La primera categoría: El mundo interior de la adolescente gestante soltera. Con las subcategorías: 1.1 El miedo, 1.2 La tristeza, 1.3 La alegría, y para la segunda categoría: Experimentando el cuidado familiar, dos subcategorías: 2.1 dinámicas familiares cambiantes, 2.2 tipos de cuidado familiar.

4.2.1 El mundo interior de la adolescente gestante soltera

Esta primera categoría aborda el concepto “mundo” interpretando los discursos con base en preceptos en la ontología, es decir estudio de los Seres, del mundo al que refiere Heidegger ⁽⁵⁸⁾. Se realiza una analogía con el Ser eyectado y el mundo interior de la adolescente gestante soltera. El Ser eyectado se refiere a que el hombre no ha pedido venir al mundo ni es consciente de su existencia hasta una vez que -es- y está en el mundo. Por tanto, la adolescente gestante soltera, experimenta su mundo interior cuando la gestación ya tenía lugar en su vida, es un evento inesperado que ella no dimensiona ni pidió experimentar. Los discursos que conforman esta categoría parten de narrativas impregnadas de tres emociones básicas, el miedo, la tristeza y la alegría. Mismas que son descritas e interpretadas, dentro de sus posibilidades y relacionando los sentimientos que emanan de sí.

A pesar de dar sentido personal a la experiencia y estar íntimamente ligados, los sentimientos y emociones son conceptos distintos. Las emociones son conductas en relación a estímulos externos o internos que experimenta el individuo, breves, pueden ser de aparición abrupta, aprendidas y poseen ciertas características de acuerdo al grupo o cultura donde se desarrolla, que, provocan modificaciones en las personas con una naturaleza refleja casi instintiva de defensa. ⁽¹⁰⁰⁾ Las emociones son conductas en relación a estímulos externos o internos que experimenta el individuo, con características de acuerdo a la cultura donde se desarrolla, de naturaleza casi instintiva. La emoción precede al sentimiento. El sentimiento es la expresión mental y codificada de las emociones, caracterizado por ser intangible en comparación de una emoción; está limitada por las costumbres y ritos sociales, con secuelas profundas que perduran en el tiempo. ⁽¹⁰¹⁾

Las emociones miedo, tristeza y alegría son medulares en esta primera categoría, ya que, se encontraron relaciones y patrones importantes entorno a las mismas, en los discursos de cada adolescente gestante soltera estudiada.

Debido a que las participantes se encontraban en sus últimas semanas de gestación, su “mundo interior” suele narrarse en una historicidad determinada. Entiendo historicidad como la capacidad del ser humano para construir su futuro con base en experiencias previas, es por tanto que, en su experiencia se acentúa el antes y después de dar la noticia del embarazo a sus familiares. Las emociones que corresponden al “antes” son miedo y tristeza, el “después” lo representa la alegría.

A su vez, dicho “mundo interior” es parteaguas para indagar una posible pregunta por el Ser, hacer una comparativa con el Ser para la muerte heideggeriano y la búsqueda de indicios para un Dasein autentico o inauténtico. La diferencia principal entre el Dasein inauténtico del auténtico es el reconocimiento de la existencia como temporal, es decir, considera la muerte como la única posibilidad dentro de todas las posibilidades. La interpretación está libre de un propósito con juicios moralizantes o polemizar la gestación adolescente al atañerle una connotación negativa, misma que la sociedad confiere a la muerte, sino el de develar si el Ser, determinado por su historicidad, se pregunta por el sentido de su existir.

4.2.1.1 El miedo

El miedo es una emoción básica, que se ha considerado como negativa, sin embargo, en ciertas situaciones es benévola ya que actúa como mecanismo de defensa, adaptativo y necesario ante posibles amenazas. Cuando las amenazas no son reales, es decir, el miedo no corresponde a un estímulo sino a una posibilidad, el miedo se convierte en temor, temor a que sus capacidades actuales no resuelvan la probable situación a la que se enfrenta.

La emoción que impera en las narrativas al enterarse de su condición de gestantes y previas a la develación de la noticia en su núcleo familiar, es el miedo. El miedo nace en el sistema límbico, con el objetivo de regular emociones; cuando alguna posible amenaza se percibe con los cinco sentidos, la amígdala libera el miedo. Las reacciones ante esta emoción están condicionadas a la cultura de cada persona, por tanto, puede decantar o no en estados de negación, ansiedad, incertidumbre y preocupación.

Esta subcategoría muestra como la adolescente considera como una amenaza su gestación en condición de soltería y esto le provoca miedo, mismo que desencadena estados de angustia, temor al rechazo, incertidumbre, culpa y vergüenza. ⁽¹⁰⁰⁻¹⁰¹⁾ Estados condicionados al contexto y cultura donde se desarrolla la adolescente.

“Tenía miedo que mi mamá me rechazara, o me diera la espalda, por eso no quería decirle nada. Yo no quería aceptar que estaba embarazada, no sabía qué hacer.”

Elsa

El miedo que experimenta la adolescente gestante soltera es estimulado por la noción de la gestación como un evento inesperado o peligroso, ese cruce al umbral de lo desconocido que perturba a las adolescentes debido a su inexperiencia, que a su vez le conduce a una incertidumbre, el “no sabía qué hacer” se repite constantemente en los discursos de las participantes al enterarse de su condición gestantes.

“Cuando me enteré que estaba embarazada no sabía qué hacer...”

Flor

“Los primeros meses de embarazo, eran días de preocupación, no estaba yendo a la escuela y pensaba en qué iba a hacer, no sabía qué hacer...”

Blanca

“Al enterarme del embarazo tenía muchos sentimientos encontrados, dices ¿pues, y ahora? ¿qué voy a hacer? ¿cómo lo voy a mantener? ...” Andrea

Estas reacciones concuerdan a lo que se le conoce como “desencuentro”, de acuerdo a Sánchez y Urzúa, donde las adolescentes se enfrentan un acontecimiento trascendental que dará un total giro a su vida actual, ellas están desorientadas, preocupadas, con miedo, no saben qué hacer, ni cómo hacerlo, es un momento de confusión que no les permite claridad de pensamiento. ⁽¹⁰²⁾ Aunado a las tensiones psicológicas y el rechazo social por concebir fuera de un matrimonio que le provocan incertidumbre “¿qué voy a hacer?”; se agrava su

situación en el ámbito financiero, la incertidumbre es también debido a la manutención de su hijo “¿cómo lo voy a mantener?”, las adolescentes dudan si les será posible insertarse en ámbitos laborales con remuneración suficiente que les permita sustentar su nueva responsabilidad económica como madres solas.

El sentir miedo se asemeja a lo reportado por estudios relacionados con la experiencia de adolescentes gestantes, en los estudios las adolescentes refieren sentir miedo antes de revelar la noticia de la gestación, miedo a cuál será la reacción de su núcleo próximo. ^(80,84,88)

Entonces, puede asumirse que, el fenómeno de gestación adolescente desde las voces de las participantes involucradas y en la historicidad del antes de develar la noticia, deja de ser un problema de salud pública, para convertirse en una contrariedad interna de sentimientos y emociones.

A pesar de las consecuencias que una gestación temprana conlleva para la madre, pondera la preocupación del cómo será vista en la sociedad, si será aceptada o no por sus familiares. El miedo a un rechazo del núcleo familiar conlleva a ocultar la noticia del embarazo hasta avanzado el primer trimestre de gestación, como ocurrió en la totalidad de las participantes en el estudio, y como puede observarse en el siguiente discurso.

“No le quería decir a nadie de mi embarazo, tenía miedo de que me corrieran de la casa como a mi prima, tenía mucho miedo de la reacción de mis papás.”
Flor

Hallazgos que coinciden a lo que refiere Deschamps, ⁽⁶⁴⁾ ante una gestación adolescente, las familias tradicionales podrían reaccionar con una actitud de rechazo, repudio, intolerancia, indiferencia y evasión, en consecuencia, la adolescente se encuentra en

una situación de gran tensión, donde se plantea como posibilidad el enfrentarse a la expulsión del núcleo familiar, ser rechazada y violentada, por tanto, opta por ocultar su embarazo.

El miedo de las adolescentes también se refleja con la preocupación de que sus familiares adopten posturas dogmáticas y características de sociedades patriarcales, e implican permitir la maternidad únicamente en unión marital.

“Al principio cuando mi familia supo del embarazo me sentí rara, con miedo, pensaba en lo que me iban a decir, tal vez me pedirían que me casara, o reprocharme por qué lo hice.”

Carla

La crianza en un modelo tradicional donde la máxima aspiración y valor de una mujer depende de tener una pareja (para posteriormente formar una familia), resulta un obstáculo para revelar una gestación temprana que infunde miedo, ansiedad e incertidumbre en las jóvenes. Dicho sentimiento de incertidumbre es también referido por las participantes cuando reflexionan sobre su proyecto de vida, como en el siguiente discurso.

“No sabía qué hacer. Mi mamá me dice que estudie, le digo que quiero estudiar, pero no quiero dejar a mi bebé e irse a la universidad es más tiempo, no quiero descuidar a mi bebé ... entonces, no sé qué hacer, estudiar o estar con ella.”

Elsa

La gestación es ya por sí misma un proceso de transformación radical, con una gran cantidad de emociones y sentimientos involucrados, donde la mujer se entrega para la nueva vida; durante la gestación adolescente y en condición de soltería, esto se acentúa ya que la joven suele encontrarse en una encrucijada. La adolescente está entre sus deseos y lo que la sociedad le demanda. El imaginario social deposita en la joven la responsabilidad de la reproducción, crianza y cuidado de los hijos y del hogar, es entonces que, el miedo transita a

incertidumbre ante la escasez de oportunidades y alternativas laborales que permitan un real sustento económico que cubra sus necesidades y las de su hijo, que, a su vez le brinde la facilidad de desarrollar su rol de maternidad “*no quiero descuidar a mi bebé*”. (44,45)

“No sé qué hacer, estudiar o estar con ella” este fragmento denota incertidumbre y está relacionado con una paternidad ausente, con la inequidad de oportunidades, escolaridad trunca, roles tradicionales que posicionan a la mujer como dependiente y única responsable de la crianza y cuidado, estos factores apuntalan el concepto “feminización de la pobreza”, que entre sus principales repercusiones está el imposibilitar óptimas condiciones laborales para las mujeres. (56,57)

Diferir la noticia de la gestación adolescente, repercute en la salud de la mujer y su futuro hijo, ya que durante los primeros meses es importante realizar cambios que fomenten el adecuado crecimiento del feto, así como evitar mal nutrición que desencadenen anemias en la madre, problemática usual en la gestación temprana y antecedente de salud en tres participantes en el estudio.

Blanca, Carla, Diana y Elsa, optaron por ocultar la noticia hasta inicios del segundo trimestre de gestación, en los discursos, al igual que Flor y Elsa, reflejan culpabilidad y miedo ante la reacción de sus padres. Hechos relacionados con los hallazgos de Dulanato, (32) quien señala el miedo como un sentimiento frecuente en las adolescentes al tomar decisiones que requieren de madurez.

La emoción de miedo que les genera culpabilidad y vergüenza, trasciende del entorno familiar de las adolescentes a lo que en su cosmovisión consideran divino o espiritual. La espiritualidad se adjudica a un ser superior en el que la adolescente manifiesta creencias,

adquiridas de su núcleo próximo. La espiritualidad no es análoga de religión, mientras que la religión representa un grupo de personas con creencias o actividades en común, la espiritualidad es un estado mental individual, un sentido interno de conexión con algo superior. ⁽⁷⁵⁾ La espiritualidad transita por cambios durante las etapas de la vida, la gestación adolescente no es excepción, modificando las conexiones con lo que la adolescente gestante soltera considera divino.

En casi el 70% de las participantes, la espiritualidad tiene una alta influencia, se consideran de religión católica y cristiana; viviendo en hogares decorados con grandes cuadros religiosos, esculturas y vírgenes. Además, frecuentes expresiones verbales relacionadas a dios, tanto de ellas como sus familiares. La culpa y vergüenza que sienten las adolescentes se puede ejemplificar en el siguiente discurso.

“Me siento con culpa de fallarle a Dios, esto no es lo que te enseñan, esto no es lo que debes hacer, me siento como no buena cristiana, pero también bendecida.”

Diana

La culpa es, de acuerdo a Freud en Delval, ⁽³³⁾ el resultado de limitaciones impuestas del exterior que obligan a suprimir deseos. Es decir, la culpa se genera por una tensión entre lo que se está experimentando en la realidad - su gestación adolescente - y el ideal que es impuesto; cuando esa realidad impide llegar al ideal se origina la culpa.

En las religiones católica y cristiana, se representa el sentimiento de culpa en el pecado. Lo que menciona Diana en su discurso expresa contrariedad, refiere sentimiento de culpa y haber decepcionado a dios o pecar, como una mujer mala “no buena cristiana”, que no hizo lo correcto, sin embargo, también se siente “bendecida”. Acorde al final del discurso, Diana otorga a la gestación temprana la cualidad de regalo, bendición, don o protección,

dicha acepción para la gestación temprana aparece en todas las participantes del estudio, independientemente de su espiritualidad. Esta cualidad en la gestación adolescente podría ser apropiada ante la imposibilidad de alternativas, considerando la gestación como un hecho inevitable, que corresponde a los planes de un ser divino que las expía precisamente de ese acentuado sentimiento de culpa o pecado, otorgándole a la gestación una connotación de evento previamente destinado que las adolescentes deben aceptar.

A pesar que la iglesia predique perdón, amor y salvación, es también una institución que exige obediencia; regulando cuáles conductas son pecado, prohibidas y permitidas, ante esto, no acatar la normativa impuesta resultaría en sentimientos de culpabilidad y vergüenza en los individuos que no cumplen con las demandas necesarias para llegar a la salvación, y que, por tanto, tienen una “inferioridad moral”.

Tales mandatos son, a su vez, sinónimo de imposición de poder. Michael Foucault explica esto bajo la conceptualización de “pastorado cristiano” refiere al poder del gobierno de dios sobre el pueblo. A través del poder individualizador del pastorado, se ejerce poder a cambio de guiar a la salvación del individuo, a esto le llama “gobierno de almas”. Se gobierna a las almas, sin embargo, el pastor no asegura que su tarea culmine exitosa, ese propósito se confiere de manera total a dios. ⁽¹⁰³⁾ En consecuencia, la adolescente manifiesta culpa al haber fallado incumpliendo los méritos que el pastorado cristiano le aseguraba para la salvación de su alma. Una gestación temprana va en contra de los estatutos, de acuerdo a la conceptualización de Foucault, representan una moralidad cristiana. El fenómeno de gestación adolescente en condición de soltería dista del “examen de sí”, que acorde a la moralidad cristiana, exige pureza interior y renuncia de los placeres de la carne.

Como se pudo observar, el miedo las adolescentes gestantes solteras mantiene una estrecha relación con la opinión y aceptación de terceros. Independientemente de la edad que tenga la mujer, el hecho de verse sola con su hijo, en una sociedad con estereotipos culturales arraigados, como es la sociedad mexicana, ^(44,45) es ya una situación frustrante. Ahora, desde el panorama de la adolescencia, etapa de adaptación en las demandas sociales, a través de la apropiación de conductas y normas aprendidas, ^(31,32) etapa que, a su vez, de acuerdo a Freud A, es transitada con tensión, agitación y confusión, con mecanismos de defensa inmaduros; ⁽³³⁾ desde esa panorámica el miedo y los estados que derivan de esta emoción, son magnificados durante la gestación adolescente en condición de soltería.

4.2.1.2 La tristeza

Posterior al miedo, cuando la adolescente gestante soltera considera que no cumple con las capacidades para afrontar su nueva realidad, surge la tristeza al no adaptarse a las consecuencias del nuevo acontecimiento.⁽¹⁰¹⁾ Esta emoción corresponde a ambos momentos, tanto en el antes y después de dar la noticia de la gestación a su núcleo próximo.

En el antes la emoción se asocia a sentimientos de pérdida, claudicación de proyectos de vida y soledad. La soledad narrada en los diálogos de esta categoría enfatiza el estado civil de las adolescentes, cánones sociales impuestos y roles de género, en tanto, la emoción persiste a pesar de revelar la noticia en su núcleo próximo. Cuando la emoción es codificada en la adolescente gestante soltera, ella interioriza sentimientos de rechazo y abandono por el padre biológico de sus hijos o hijas.

La tristeza en esta categoría se relaciona al ser-con-otros de la adolescente gestante soltera, y en los discursos se identifica el Dasein para ese momento en su vida.

“Estoy sufriendo porque yo quiero seguir estudiando, aunque amo mi bebé esto no es lo que quería, yo quería hacer las cosas bien.”

Flor

La tristeza, al menos como emoción en la cultura occidental, se caracteriza por un decaimiento en el estado de ánimo, aparece ante situaciones comúnmente de pérdida o eventos adversos para los cuales la persona no tiene control.⁽¹⁰⁰⁾ Al ser la gestación un evento inesperado, la realidad de las adolescentes gestantes solteras resulta contradictoria al proyecto de vida que les hubiera gustado tener, en consecuencia, necesitan adaptarse a nuevos objetivos de vida. Cambios que, como se observa en el discurso de Flor “estoy sufriendo”, son recibidos con emociones negativas como la tristeza.

Además de la tristeza, se presentan sentimientos de decepción, como se observa en los discursos de Blanca, Diana y Elsa. Las adolescentes gestantes solteras sienten que han decepcionado su núcleo próximo, es decir, su familia. Una “buena hija” debe portarse “como es debido”, “hacer lo correcto” “hacer las cosas bien”, estos discursos se observan en cinco de las seis participantes.

A la mujer se le exigen cualidades de obediencia, sumisión, castidad, para ser considerada una “buena hija”, la gestación adolescente resulta ser la antítesis de dichas cualidades, por tanto, surge la culpa y decepción ante los padres y sociedad, con una disminución del interés propio de salud, ante la preocupación del escrutinio por parte de las personas a quienes la adolescente siente que ha fallado. Esto lo retoma Basaglia y Gilligan,^(53,104) al explicar la psicología femenina, quienes plantean en dicha psicología una gran conexión con los otros, el-ser-para y ser-de-otros, se consideran como características femeninas definitorias, esto puede explicar el motivo de las adolescentes solteras al infravalorar el bienestar propio durante la gestación, ante las expectativas de la sociedad.

“Tener un hijo no eran los planes que mis papás ni yo teníamos, yo quería estudiar, trabajar, casarme y después tener hijos... tenía miedo a no ser una buena hija si se enteraban de mi embarazo.”

Blanca

“¿Cómo decirle a mi mamá? Sabía que no era lo correcto, que debí esperar, iba a decepcionar a la persona que había hecho más por mí, mi mamá. Yo estaba con ese pesar. Sé que estuve mal porque no le cumplí a mi mamá, la defraudé.”

Diana

“Sabía que no era correcto ni el momento para embarazarme, el momento es cuando te casas y tienes estudios. Yo estaba con ese pesar, me sentía culpable por no portarme como debía, por embarazarme.”

Elsa

Esto resulta alarmante puesto que se trata de mujeres jóvenes que están vivenciando como se diluyen sus objetivos de vida. Sentimientos de este tipo, durante la adolescencia, que es la etapa donde se consolida la identidad personal y cosmovisión, ⁽³¹⁾ pueden propiciar el bloqueo de la adolescente en su desarrollo personal y profesional, insatisfacción de su vida en general y dificultad para desempeñar la maternidad.

La claudicación de proyectos de vida provoca tristeza en las adolescentes gestantes solteras. En los discursos, cuatro de seis participantes afirman que su objetivo era el matrimonio “yo quería trabajar, estudiar, casarme y después tener hijos”, “el momento de tener hijos es cuando te casas”. Por tanto, la tristeza es la emoción que las adolescentes emplean como mecanismo para afrontar las expectativas impuestas por la sociedad que no llegarán a cumplir.

Acorde a lo que Heidegger considera un Dasein inauténtico o auténtico, se puede plantear que dicha visión social del fenómeno por las actrices del mismo, forma parte de un Dasein inauténtico que está arrojado en la errancia. Es decir, el ser se preocupa por la opinión de terceros, por el “se dice”, “se dice que para ser una buena hija debes ser casta, obediente y sumisa ante tus padres”, “se dice que el momento correcto para tener hijos es cuando estás en pareja”, “se dice que una madre soltera será una mala madre”, “se dice que un embarazo temprano es solo propiciado por la chica”, y demás supuestos, que dependerán del contexto donde se desarrolle el Ser (Dasein), y que emanan el Angst (angustia) en el Dasein inauténtico.^(58,77)

La emoción de tristeza, es también detonante de sentimientos de soledad. Mismos que sobresalen en los discursos cuando las participantes relatan acerca de su experiencia con el padre biológico de sus hijos o hijas, y relatan su condición actual de soltería.

En los casos de Diana y Elsa, su pensamiento inicial no fue la opción de ser madres solteras, ellas experimentaron el rechazo y abandono de sus parejas, la negación de una paternidad. La diferencia entre sus narrativas y las participantes que optaron por la soltería - incluso no informar al hombre sobre su futura paternidad- se evidencia de forma acentuada.

Sin embargo, a pesar de las decisiones en optar conscientemente por una paternidad ausente o no, en todas las narrativas de las participantes se observan distintos tipos de violencia física y psicológica, así como abuso de poder, durante las relaciones de noviazgo o convivencia con los padres biológicos de sus hijos e hijas.

“Ahora que mi pareja no está es triste, piensas mucho en eso, aunque tu familia te cuida tu estás sola, yo no lloro tanto, pero no te sientes bien, es como estar sola. Sé que no estoy sola, hay chavas en peores casos, las corren; mi mamá me ama y yo la amo, pero sin el papá de mi bebé es diferente, es más triste.”

Diana

“Yo me siento presionada y triste, cuando veo señoras con su pareja, como las consienten, eso me entristece porque yo estoy sola. Aunque prefiero sola que, con una persona como él, pero si me da tristeza, cuando veo a los demás con pareja y yo sola.”

Elsa

El rechazo y abandono son elementos esenciales en la violencia, corresponden a un maltrato pasivo, tanto físico como emocional. ⁽¹⁰⁵⁾ El maltrato es de tipo físico ya que la pareja está ausente, sin proveer los medios que satisfagan las necesidades de la adolescente gestante y su hijo o hija. A su vez, es un maltrato emocional cuando el padre biológico del producto tiene una falta de iniciativa de contacto. Sin importar el tipo de violencia, la adolescente gestante que sufre abandono y rechazo, puede producir crisis en la mujer, con repercusiones en distintos niveles, desde confusión, culpabilidad, resentimiento, enojo, desanimo, tristeza y soledad, sentirse infravaloradas, deprimidas, sentimientos de humillación y ridiculización.

En adición a lo anterior, la maternidad en condición de soltería, resulta un problema social que merma el valor de sí en las adolescentes, al sentirse marginadas de la sociedad. Dicha sociedad se encarga de que la adolescente se sienta infravalorada, con una imagen de menosprecio que provoca consecuencias durante su maternidad y las consiguientes, ya que el auto concepto de madre va en deterioro. La mujer puede llegar a pensar que está acabada, que no sirve como madre, que es una carga para su núcleo próximo o que su vida está arruinada. Emoción de tristeza que está en riesgo de culminar en soledad y depresión. ^{(81,}

105,106)

Las madres adolescentes son frecuentemente estigmatizadas y sufren discriminación de género, si bien, en las grandes urbes, como lo es la Ciudad de México, es menos frecuente que se tilde de inmoral el acto, sin embargo, la estigmatización existe de forma simbólica, cuando se da a conocer la maternidad en condición de soltería se relaciona con mujeres analfabetas, de bajos recursos, incultas.

Fenómeno de estigmatización y rechazo que hoy día trasciende en las redes sociales de información en forma encubierta, las madres solteras son acusadas de “buchonas”, “luchonas”, como una forma despectiva de llamarlas; algo que para muchos es “solo una broma” resulta ser al final un acto que violenta a las madres solteras, ocasionando sentimientos de tristeza, culpa, vergüenza y depleción de su autoestima, dificultando el sentirse individuos con valor, mujeres capaces para el desempeño de la maternidad.

Tales reacciones corresponden a lo que Bauman ⁽³⁷⁾ explica en su teoría de la modernidad líquida; las sociedades actuales se han corrompido por la banalización de la cultura, del consumo, usar y desechar, un desorden relativo pero existente en donde ya no existen comunidades creadas conforme a identidades, son comunidades prefabricadas a las cuales un individuo debe ajustarse para pertenecer o no; es entonces que, los individuos con deseos de romper esa soledad característica de un mundo líquido individualizado y a raíz de la fragilidad de los vínculos humanos que se tornan en superfluos, es que, consideran inofensiva su contribución en la violencia y estigmatización de madres adolescentes solteras, sin percatarse que están perdiendo la capacidad de empatizar ante las situaciones de los demás y solidarizar acciones con el otro; si bien son individuos que únicamente están escuchando el eco de su propia voz.

Continuando en la línea de emociones, además de lo anterior, las adolescentes gestantes también se enfrentan a su nueva imagen corporal y los sentimientos que emanan de su rechazo o aceptación. La imagen corporal es la representación mental realizada del tamaño, figura y forma del cuerpo. Las narrativas a continuación son representativas de los dos vertientes, en cuanto a evaluación y representación del Yo para imagen corporal, que se pudieron obtener en las participantes.

“Por el embarazo me siento muy gorda, tengo estrías. Es bonito embarazarse y a la vez no, porque en mi caso me veo muy gorda, nada me queda, no sé qué ponerme, me siento rara. Ya subí nueve kilos, estoy súper gorda, nunca había estado tan gorda y es extraño, a veces me siento mal.”

Andrea

“En el centro de salud al que voy hay un grupo de embarazadas, hicimos una dinámica de espejo, teníamos que ver nuestros cuerpos y los cambios, me ha cambiado mucho la pansa. Pero me quiero, aunque esté gordita, amo mis rollitos, mis cachetes, creo que estoy feliz y mi bebé también lo será.” Carla

La adolescencia es una etapa de transición y cambio, donde se pondera el valor otorgado a la imagen corporal, como un momento de auto-crítica. ^(31,32) Dicha evaluación del yo, puede ser positiva o negativa, misma que repercute en el estado anímico de la mujer.

En el discurso de Andrea, está describiendo cambios en su cuerpo, sentirse rara, extraña, mal, enfatiza el sentirse “gorda” sin embargo, su percepción dista de su estado nutricional actual. Es una adolescente gestante con delgadez, antecedentes de anemia y desnutrición. La imagen corporal y el rechazo de esta, están influenciados por el nivel de autoestima que se tenga. ⁽⁴⁸⁾ Una baja autoestima resulta en rechazo de su imagen corporal.

De acuerdo al feminismo, Legarde refiere que, como resultantes del control y violencia en el que históricamente ha sido objeto la mujer; ⁽¹⁰⁷⁾ el cuerpo femenino debe adaptarse a cánones sexuales, estéticos y morales; estereotipos impuestos de exigencia estética que fundamenta la autoestima de las mujeres. Si la mujer se siente gorda y fea, eso vulnera su autoestima.

El discurso de Carla es enteramente contrastante, también emplea la palabra gorda, pero con un diminutivo “gordita” que suaviza la connotación negativa de la palabra. Carla refleja aceptación de su cuerpo temporal, así como una aceptación de su imagen corporal previo a los cambios de gestación.

Los discursos de las participantes se dividen en aceptación y rechazo a su nueva imagen corporal. Esta dicotomía concuerda con una revisión sistemática hecha en 2015 en 149 estudios referentes a imagen corporal durante la gestación adolescente. Enfatizando la relación entre un rechazo de su imagen corporal con estadios de depresión. ⁽¹⁰⁸⁾

Algo distintivo en las adolescentes que aceptan los cambios en su cuerpo, son las redes de apoyo social con las que cuentan, una comunicación que se retroalimenta en la familia de las jóvenes, autoestima y la pertenencia a grupos de embarazadas; grupos donde tienen la oportunidad de reflejarse con pares y compartir sus experiencias de transición corporal. Estos elementos coadyuvan a transitar de un “me siento rara... a veces me siento mal” a un “me quiero... creo que me siento feliz”.

4.2.1.3 La alegría

La alegría se considera una emoción positiva que surge cuando el estado de malestar antes experimentado se atenúa; la adolescente ha observado su realidad inesperada como un acontecimiento favorable después de la aceptación en su núcleo próximo. Al igual que las demás emociones suele ser breve, y está condicionada por normas culturales adquiridas mismas que atenúan o acentúan la emoción de alegría. ^(100, 101)

La alegría es una función adaptativa que regula sistemas fisiológicos afectados por el estrés y ansiedad. A nivel psicológico la alegría diluye los efectos de emociones negativas.

Esta subcategoría devela el sentimiento de alegría por parte de las adolescentes al ser aceptadas por su familia y percibir cuidado. Se hace énfasis en la clase social de las familias para desarrollar dicha emoción. Así mismo, se observa que, al término de la transición de las tres emociones principales expuestas en los discursos, la alegría y gratitud que puede sentir la adolescente gestante soltera por su familia, le lleva a realizarse la pregunta por el Ser. Un proceso reflexivo que le detiene a pensar en las posibilidades de su existencia, de manera reiterada en esta subcategoría se identifica el Daisen en la experiencia.

*“Ahorita siento felicidad por tener a mi bebé...
Felicidad por el apoyo que recibo de mis papás.” Blanca*

En la temporalidad de los discursos se observa a modo de contraste, las emociones y sentimientos que surgen, en la adolescente gestante soltera, después de dar la noticia de gestación a sus familiares.

El después de dar la noticia del embarazo, se manifiesta como una experiencia de alegría que, además, se relaciona con algo que se hace propio, que incluso brindará la oportunidad de llenar sentimientos de soledad. De acuerdo a reportes de la UNFPA²⁷ el sentimiento de vacío o soledad que se llena con la experiencia de maternidad corresponde a un contexto donde dicho fenómeno se desarrolla de manera natural (transgeneracional), existencia de baja escolaridad y niveles socioeconómicos bajos.

Desde tal perspectiva, en un contexto donde impera la precariedad económica y social, es la gestación un acontecimiento deseado por la joven, que se convierte en su proyecto de vida, como se observa en el discurso de Andrea, Blanca y Flor. Las tres participantes coinciden con un nivel socioeconómico bajo.

“Me sigo sintiendo feliz, porque tengo a mi familia que me quiere, me consienten... No tengo la escuela terminada, no me pueden contratar para trabajar y embarazada menos.

Con el apoyo de mi familiares y ánimo de amigos me siento feliz.” Carla

“Ahora ya no tengo miedo.... Me siento feliz porque voy a ser mamá, voy a tener una personita que depende de mí, algo propio.” Flor

“El choque de emociones ya no me pasa, ahora siento felicidad y alegría porque ya tengo a alguien, no estoy sola.” Andrea

A su vez, Carla y Blanca, reafirman la emoción de felicidad al contar con la aceptación y apoyo de sus familiares. Esto es similar a lo reportado por Rodríguez, Ramos y Dos Santos en 2013 ⁽⁸¹⁾ , y Soto, Duran en 2010 ⁽⁸³⁾ donde refieren que el apoyo familiar durante la gestación es un estímulo positivo para la adolescente. Sin embargo, contrasta con una investigación realizada por Bensaja et.al. ⁽⁸⁷⁾ donde las adolescentes gestantes brasileñas, con similar estrato socioeconómico que las participantes del presente estudio, evaluaron de forma negativa el apoyo que recibían por su familia, sentían que no eran respetadas ni valoradas.

Además de alegría o felicidad después de revelar la noticia de la gestación en su familia y ser aceptada, las participantes expresan un prolongado sentimiento de gratitud, de estar “en deuda” hacia la familia.

“Siento bonito que mi mamá me ayude. Veo que ella se esfuerza por mí, siento que es un gran amor el que ella tiene por mí, le debo mucho. No sé si algún día le podré regresar todo lo que ella me ha dado.” Diana

“Ahora no trabajo, mi mamá me ayuda mucho económicamente, se lo agradezco de todo corazón. Si no fuera por el apoyo de mi mamá ¿qué sería yo? ¿qué haría yo? ¿qué estaría haciendo? ¿dónde estaría?”

Elsa

A pesar de resultar benéfico el cuidado familiar y el apoyo que percibe la adolescente gestante soltera, ^(8,9) así como la gratitud que ella puede demostrar y el acto de amor del que se siente parte al ser cuidada, esta situación no deja de representar un riesgo si la madre adolescente cuando no deja su rol de hija; ya que podría persistir una dependencia económica, afectiva para con su familia, culpabilidad por la gestación, empleo no bien remunerado,

decisiones no autónomas donde la familia se involucra profundamente, claudicación de proyectos de vida, prolongado sentimiento de deuda hacia su familia, control de sí misma y de la crianza de su hijo con limitantes impuestos por su familia. Dichos factores negativos podrían obstaculizar la maternidad libre.

En el discurso se observa también como el radical giro que la gestación ha provocado en la vida de la adolescente, el desencuentro, le hace replantearse preguntas de una realidad alterna “*Si no fuera por ese apoyo ¿qué sería yo? ¿qué haría yo? ¿qué estaría haciendo? ¿dónde estaría?*”. Heidegger plantea que existen dos momentos donde el Ser se pregunta por el Ser, tanto en el nacimiento como en la muerte; en el discurso surge una comparativa del ser adolescente gestante, con el ser para la muerte, esto como una posibilidad eludible, que, sin embargo, ocurrirá.

A su vez, asemeja un indicio de proceso reflexivo del carácter de apertura y posibilidad que tiene el Ser, y que probablemente no habría experimentado de no ser por el evento inesperado de la gestación temprana. Sin embargo, continúa siendo un Dasein inauténtico, puesto que, comprenderse como auténtico implica reconocer que nada es definitivo, cualquier posibilidad está en posibilidades de cambiar, como es el apoyo otorgado por su lazo materno. La interiorización de un mundo con posibilidades de cambio y aceptación de la muerte como única posibilidad presente en todas las posibilidades, representa un Dasein auténtico.

4.2.2 Experimentando el cuidado familiar

El ser humano es un ente social por naturaleza, durante su vida establece múltiples relaciones, esto forma parte de las principales premisas que se reflejan en la concepción de experiencia de Heidegger. Un “ser en el mundo” (Dasein) implica una serie de interrelaciones entre acciones emprendidas por el ser; decisiones, actitudes y conocimientos.⁽⁵⁸⁾

Expresión de dichas decisiones e interrelaciones, es la que la adolescente gestante soltera mantiene cuando revela la noticia de gestación en su núcleo de apoyo próximo, la familia, y obtiene una reacción que involucra el cuidado.

El cuidado de acuerdo a Heidegger, se entiende como un acto inherente a la condición humana, resultado de su finitud,⁽⁵⁸⁾ acto impregnado de amor, compasión, ternura, enseñanza, entrega y responsabilidad (Boff).⁽⁵⁹⁾ Actitudes que traspasan el plano del “yo” e incluyen a un tercero involucrado para brindar el cuidado, es el colectivo que se extiende al ser-con otros.

Esta categoría incluye las dinámicas familiares de cambio que las familias adaptan para su funcionamiento ante la realidad inesperada de gestación temprana que experimentan, así como las consecuencias que surgen de dichas modificaciones; además, se clasifica con base en la teoría del apoyo social, el tipo de cuidado familiar que reciben de las adolescentes gestantes solteras desde su experiencia.

4.2.2.1 Dinámicas familiares cambiantes

La dinámica familiar se entiende como los encuentros entre el tejido familiar, es decir, los integrantes de una familia, dichos encuentros están normados por reglas de convivencia diferenciadas en cada grupo familiar, esto permite un funcionamiento armónico. Cada grupo social, familia, cuenta con dinámicas internas y externas. Las dinámicas internas se refieren al contexto familiar, lo que ocurre dentro del grupo, mientras que, la dinámica externa se refiere a la relación del grupo familiar con el ambiente que le rodea. ^(60,62)

La familia es un grupo sensible a los eventos que le rodean, por tanto, es una estructura cambiante acorde a los momentos históricos de la misma; en esta subcategoría se observan las adecuaciones o cambios que experimentan los grupos familiares en voz de las adolescentes debido a su gestación en condición de soltería.

Las adolescentes participantes pertenecen a grupos familiares diversos y dinámicos, esta subcategoría interpreta a través de los discursos, las estructuras familiares, la nueva división del trabajo y las contrariedades a las que se enfrenta este grupo social ante una gestación temprana.

“Mis abuelitos y tíos empezaron a apoyarme cuando les conté del embarazo... Cuando mi papá se enteró quedó como en shock un rato, durante un día no me dijo nada y solo me veía y movía la cabeza, como diciendo: ¡no!, pero me ayudó en todo. El apoyo de mi familia es incondicional, no me ponen condiciones para darme las cosas.” Carla

“Mis papás hablaron conmigo cuando les dije que estaba embarazada... Los dos me dijeron que no me dejarían sola, que me apoyarían en todo, pero iban a cambiar las cosas. Ya no era hija de familia, tenía una responsabilidad mayor, tendría que empezar a hacerme de mis cosas, echarle ganas a la escuela, debo hacer las tareas por mí misma, ayudar en el que hacer, lavar la ropa, todo eso...” Blanca

La familia es un ente dinámico en constante transformación, la experiencia de gestación temprana en un núcleo familiar, representa la transición de un punto crítico en el grupo; es una oportunidad para fortalecer o debilitar los vínculos entre los miembros que integran la familia.

Una gestación adolescente no solo afecta a las madres jóvenes, también repercute en el núcleo donde se desarrolla. La manera en que puede reaccionar una familia ante un evento inesperado como la gestación adolescente, es diversa. El afrontamiento de las familias de las participantes se puede observar en los discursos de Carla y Blanca.

La literatura indica que la reacción de la familia ante la noticia de una gestación temprana puede ser aceptación o rechazo. Es decir, la familia afronta el fenómeno como un accidente en su vida, brindando ayuda para que la menor pueda continuar con su desarrollo. En contraparte, la familia puede percibirlo como un fracaso propio y de su hija, situación que dificulta ofrecer un apoyo adecuado a la joven madre sin caer en maltrato o prácticas que no

representan cuidado. ⁽³²⁻³⁵⁾ *En consecuencia, a pesar de que existan casos extremos, las familias de las participantes asumen cuidarlas y responsabilizarse de sus necesidades.*

En ambos discursos se refleja un apoyo emocional y *asemejan un patrón de apoyo familiar incondicional, excepto el de Blanca. Adolescente con una familia tradicional, de tipo extensa donde conviven miembros de generaciones anteriores (abuela). A su vez, en su discurso, como parte de la adaptación de la familia a la realidad inesperada, Blanca debe deslindarse del título “hija de familia”.*

La frase “hija de familia” se supone pertenece a las mujeres que están al cuidado de sus familiares, entonces podría ser empleada como metáfora ante el destete de los padres, es decir, la acepción de gestación temprana en el núcleo familiar de Blanca, en contraste con las demás participantes, le otorga el distintivo de responsabilidad.

A su vez, de acuerdo al tipo de interacción de comunicación, corresponde a una interacción de doble vínculo. Mientras que le ofrecen un apoyo que no le abandonará, a su vez, en la narrativa siguiente al *“pero iban a cambiar las cosas”* sintetiza un mensaje con doble vincular. Corresponde con las tres partes características de los mensajes de doble vincular que explica Watzlawick en Benoit, ⁽¹⁰⁹⁾ y son, una oración que afirma algo, en este caso el apoyo familiar; afirma algo de su propia afirmación, el no dejarla sola, y al final afirmaciones excluyentes, esto refiere al retirar el título de “hija de familia”.

Es decir, al mismo tiempo se incluye un mensaje ambiguo y otro que asemeja protección. Constituyendo así, una realidad pragmática en la que la adolescente no está segura de cómo reaccionar; un asedio de mensajes con dobles vínculos puede relacionarse

con manipulaciones inconscientes, del cómo se debe actuar para las adolescentes gestantes solteras.

A pesar de que existan casos radicales donde rechazan a las jóvenes, como se observa en los discursos, las familias de las participantes las aceptan y apoyan en su gestación temprana. Es decir, contribuyen a una resolución saludable de la crisis que viven.

Esta actitud, de acuerdo a Dulanato,⁽³²⁾ auxilia a las adolescentes para transitar con resiliencia el fenómeno de gestación temprana, así como disminuye los factores de riesgo social, psicológico y emocional son menores en contraste con una adolescente sin apoyo o cuidado familiar. Esta actitud de aceptación también coincide con las principales funciones en un grupo familiar, son las de protección física y emocional de sus miembros.⁽⁵⁰⁾

La familia, en la búsqueda de adaptar su funcionamiento a la nueva realidad imprevista que enfrenta, produce un cambio temporal en las dinámicas familiares. La reasignación de actividades y roles, se puede observar en los siguientes discursos.

“Desde que me embaracé ha cambiado el trato en mi casa. Antes hacía el quehacer, barría, iba por mis hermanos y la comida. Cuando mi papá supo del embarazo me empezó a reducir las actividades porque me cansaría e hincharían los pies. Mi papá me dice que no debo hacer quehacer, pero yo me aburro en la casa...”

Carla

“A mis cuatro hermanos les daba ternura estando embarazada y todos me consentían, no me dejaban hacer nada de esfuerzos, siempre lo hacen ellos. No tenía responsabilidades fijas antes y ahora embarazada con amenaza de aborto menos.”

Diana

Se observan contrastes en el tipo de organización familiar. ⁽⁶²⁾ Carla, con una familia organizada que delimita los roles y funciones a desempeñar por cada integrante, donde, sin embargo, imperan roles de género en dicha asignación de tareas. Para Carla y su hermana, sus funciones son tareas dedicadas al hogar, limpieza, cuidado y para su hermano las actividades que implican salir de casa. En contraparte está Diana, con una familia de tipo desorganizada, donde no existen roles ni límites definidos para los miembros del grupo.

El tipo de familia desorganizada se observó en la mitad de las participantes, resultados que concuerdan con lo dicho por González, ⁽¹¹⁰⁾ refiere que las familias de adolescentes gestantes suelen ser grupos no organizados en sus actividades y responsabilidades.

A pesar de las diferencias en organización familiar, en ambos grupos, organizados y desorganizados, existe una semejanza, esto es que, durante la gestación temprana, ambas familias pasan a ser un ente con responsabilidades de colaboración.

En palabras de Nagy y Framo las familias presentan un patrón. ⁽¹¹¹⁾ Explicándose como, a pesar de que las redes familiares sean diferentes en cada grupo, las familias de las adolescentes gestantes solteras que brindan apoyo a las madres jóvenes, presentan una sucesión de acciones por parte de dos o más miembros familiares, es decir, un patrón; empleado como parte de una función adaptativa en la situación de estrés o crisis familiar que representa la gestación adolescente en condición de soltería.

El sistema familiar intenta mantener un funcionamiento balanceado para satisfacer las nuevas demandas de los integrantes de su grupo. El resultado del esfuerzo familiar en la búsqueda de ese estado de balance, se conoce como ajuste familiar o adaptación familiar. ⁽⁶²⁾

Entre los factores necesarios para que la adaptación familiar llegue a buen término, están la cohesión que exista en la familia, la comunicación, composición, integración y afinidad entre los miembros de la familia. ^(33,35) Si algún elemento para la adaptación familiar, es faltante al intentar adecuar dinámicas familiares en sus nuevos roles frente una gestación temprana, puede propiciar a conflictos familiares; como se observa en los siguientes discursos.

“Mi hermana ahora es muy grosera. Desde que me embaracé mi papá le pidió que hiciera más cosas en casa y apoyara más. Ella me ha gritado, ¡me ha llegado a decir que no es su culpa que yo esté embarazada! Sé que esos comentarios los dice por impulso, por estar enojada...” Carla

“Mi cuñada se enoja, le da coraje ver que mi mamá haga todo... Mi hermano tiene coraje, repetí su historia, él también embrazó a mi cuñada sin esperarlo y mi mamá los apoyó, pero fue diferente; mi mamá me hace todo y es obvio, ahora la que está embrazada es su hija.” Diana

Cuando existen cambios en las dinámicas de familias con adolescentes gestantes solteras, el centro de la atención ahora es reflejado en la adolescente, se corre el riesgo de provocar fricciones entre los demás integrantes del grupo. ⁽⁶⁰⁾

La hermana adolescente de Carla protesta ante el incremento de responsabilidades en el hogar. Entre Carla y su hermana, relata, existe una baja cohesión y empatía, la comunicación es distante, no existe mayor involucramiento en las vidas de cada cual. En la cuñada de Diana se asimila recelo ante el apoyo que le brindan por su condición de gestante.

Las cohesiones en este caso son rígidas y negativas. En los discursos no se hace explícito el carácter temporal o permanente en los ajustes de las dinámicas familiares, en la

adición de responsabilidades a los miembros de la familia. Esto podría influenciar la hostilidad con la que son recibidos dichos cambios.

Se requiere una flexibilidad en los roles de cada miembro familiar, flexibilidad que les permita ajustarse a nuevas dinámicas, es decir, adaptabilidad para enfrentarse a los cambios. Estudiosos indican que, la flexibilidad en las relaciones familiares es sinónimo de vínculos saludables. ⁽¹¹²⁾

El discurso de Diana, también, hace diferenciación con el apoyo que pudo recibir su cuñada con gestación temprana y el que ella ahora recibe en la misma situación. Recordando que la madre de Diana es soltera, y que de acuerdo a Walters, ⁽¹¹³⁾ para una mujer, criar a una hija se vincula con un “mundo de lo femenino” de apegos, adhesiones y logros interpersonales que la madre refleja en su hija; la madre se siente responsable del bienestar emocional de su hija y trata de protegerla. Esto podría explicar la actitud “*diferente*” de la madre de Diana.

En ambos casos, se evidencia una necesidad de cohesión en los miembros familiares. La cohesión es un elemento central en las dinámicas familiares; son los vínculos emocionales que los integrantes de la familia manifiestan a través de apoyo mutuo y afecto. Cuando dicha cohesión es estrecha, favorece a la identificación física y emocional. ^(35, 62)

La cohesión dentro de la familia es de importancia, debido a que es un grupo con un sistema de relaciones interconectado, por tanto, la conducta de un miembro afectará a otro. ^(35, 62). Las relaciones en la familia transitan por cambios a través del tiempo, dentro de sus interacciones existirán alianzas que se formarán de manera inevitable dando pie a subsistemas.

4.2.2.2 Tipos de cuidado familiar

En esta subcategoría se plasma el cuidado familiar percibido en la experiencia de la adolescente gestante soltera. El cuidado familiar son las acciones de la familia, que traspasan el plano del Yo incluyendo a un “otro” (adolescente gestante en condición de soltería) con necesidad de cuidado como elemento central.

Al “otro” se le confieren lazos emocionales significativos que despiertan, en la persona con disposición a cuidar; actitudes de entrega, amor, responsabilidad, compasión y enseñanza en un ambiente de respeto que no debe someter sus voluntades.

Auxiliando de la teoría del apoyo social, este cuidado familiar percibido por la adolescente gestante soltera, puede ser de tipo instrumental, emocional o informativo.

Del cuidado familiar que perciben y narran las adolescentes gestantes solteras, a pesar de la diversidad de afinidades y subsistemas existentes, debido a la gama variada de familias de las que provienen las participantes: familia nuclear, monoparental soltería, compuesta, extensa, es decir, cuidado familiar de tipo paterno, materno, parental, fraternal; se observa, en sus discursos, de manera generalizada el cuidado que reciben por parte de sus familias. El cuidado familiar que perciben y narran, se puede clasificar de acuerdo a la teoría del apoyo social como de índole emocional, instrumental e informativo.

En los discursos de las participantes frecuentemente se entrelazan los apoyos emocional e instrumental. Esto se ejemplifica en los discursos de Carla y Blanca.

“Toda la familia acaricia mi pansa. Mi hermanito me pregunta a cada rato cuando va a nacer, le digo que aún falta. Mi familia me consiente, me hace sentir bien y eso está chido. Me apoyan y me dan ánimo, me dicen que, si se puede, que le eche ganas. Mi papá y abuelitos me pagan todo, consultas, medicinas, camión, si no me apoyara nadie no sabría qué hacer.”

Carla

“Mi hermano me consiente, está ahí, está emocionado con tener un sobrino, ahora me pregunta qué quiero de desayunar, comer y me compra cosas de la tienda, él es una persona que le gusta mucho abrazar y ahora se la pasa abrazándome...”

Blanca

El apoyo instrumental de Blanca y Carla refieren a necesidades que surgieron en consecuencia de la gestación. Necesidades básicas de alimento, transporte, atención médica. A su vez, se infiere que el tipo de apoyo al que priorizan las adolescentes, es el emocional;

ya que aparece de forma frecuente en sus narrativas las frases “me hace sentir bien”, “me dan ánimo”, “que le eche ganas”, “me consiente” cuando se refieren a dicho apoyo.

El cuidado familiar percibido por las adolescentes, especialmente en gestación de alto riesgo, situación común en las participantes del estudio que inclusive cuentan con antecedentes de internamiento hospitalario; puede sobrepasar el trabajo del cuidador primario. Como lo muestra el discurso de Diana.

“Mi mamá no me deja levantarme de la cama, ella lava mi ropa porque no puedo subir escaleras con esta panza se me puede venir el bebé. Mamá me ayuda bastante en los que haceres de la casa, a veces de plano ya no hacía nada, ella todo lo hacía por mí. Pero pues igual me canso yo de estar sentada... Los primeros meses no me dejaba ni servir sola un vaso de agua, siento que exageraba... pero también sentía bonito porque eso es preocuparse por mí, se esfuerza por mí y siento un gran amor al igual lo tengo a ella, le debo mucho...”

Diana

A pesar de la amenaza de aborto de Diana, podría considerarse “trabajo materno excedente” a lo que realiza su cuidadora primaria, ya que durante su embarazo nunca tuvo la indicación de reposo absoluto. El trabajo materno excedente es, de acuerdo a Lagarde, ⁽¹⁰⁷⁾ el trabajo y a las actividades que realizan las mujeres maternalmente para los aptos, porque es un trabajo obligatorio e innecesariamente realizado por mujeres-madres. Los cuidados a los aptos se hacen a quienes actúan como si estuvieran impedidos.

Estas actividades son realizadas por las mujeres sólo por el convencimiento cultural de que se trata de un deber a tal punto indeleble, que es un deber ser, ubicado en el centro de la identidad femenina de las mujeres y del género.

Aunque, sería necesario mencionar que la esencia del cuidado es precisamente ese sentido de deber, responsabilidad y preocupación por el otro que trasciende el Yo. Es entonces que, surge la interrogante ¿en qué momento el cuidado familiar que una madre brinda, se convierte en trabajo materno excedente?, ¿hay un límite?, ¿y si el trabajo lo realiza una madre por voluntad propia?, ¿es amor lo que la madre demuestra en el cuidado? o ¿se trata de un acondicionamiento cultural de género? Por otra parte, de forma incidente, se expresan gratitud y bienestar ante la expresión de cuidado familiar y apoyo de tipo emocional que la adolescente percibe.

Continuando con las narrativas que refieren cuidado familiar en voces de las adolescentes gestantes solteras, también reciben cuidado nutricional; se puede observar en los siguientes discursos:

“Mi familia me compra fruta picada, barras de amaranto, gelatina para que me lleve, jícama, verduras. Porque en el hospital me dijeron que no podía comer muchas grasas.” Blanca

“Mi mamá me iba preparar unas tortas para llevármelas a la escuela, porque me quitaron mucha comida, en la escuela no puedo comprar cosas, todo es graso” Elsa

“De toda la vida he tenido que desayunar algo muy dulce, sino no me sabe el desayuno. Al despertar puedo comer pan con mermelada, chocolate, cereal con azúcar y plátano, pan dulce... Yo la verdad siempre he comido de todo y nunca me ha hecho daño, no me ha pasado nada, aunque ahora digan en el hospital que no.” Diana

Los discursos de Andrea, Elsa y Diana, refieren cambios en hábitos alimenticios y cuidado nutricional. Reflejan apoyo instrumental otorgado por la familia, al solventar los gastos de alimentos. De igual manera, se asume que las conductas de cuidado nutricional son adoptadas o rechazadas, debido a recomendaciones del personal de salud.

A su vez, se observa como difieren los tipos de crianza con el cuidado que experimentan las adolescentes. Mientras Blanca y Elsa aparentan un estilo autoritario de crianza donde las normas impuestas son acatadas, cabe señalar que ese tipo de estilo es un patrón en las participantes del estudio; la familia decide la comida, procura atender las nuevas necesidades nutricionales de las adolescentes.

El contraste surge en Diana, que asemeja un estilo de crianza permisivo liberal o punitivo no estricto, donde, suelen no existir normas ni límites autoritarios, los hijos suelen ser complacidos en sus exigencias, exigencias que en Diana adoptan incluso una postura escéptica ante las recomendaciones de salud, a lo que su familia se encuentra de acuerdo.

Ahora bien, mientras que el cuidado nutricional resulta permeado por las influencias de profesionales de la salud, existen creencias de cuidado con una vinculación estrecha, únicamente de influencia familiar, como muestran los siguientes discursos.

“Mi familia me recomendaba que no me agachara, que si se me antojaba algo le diera una probada porque se me podía caer el bebé. En un funeral me dijeron que me pusiera un cachito de plantita en la panza, una pulsera, para que no me hicieran ojo o aire... Hacer ojo es que te echen malas vibras o que te duela la cabeza. Yo me siento bien con eso, mi familia me lo recomienda porque sabe”

Andrea

“Una de mis compañeras me dijo que para el mal de ojo un listón rojo, pero no lo hago. En mi casa tampoco se hace, por el tipo de religión que mis papás tienen no creen en esas cosas, yo tampoco... Nada de eso es cierto.” Blanca

“... Como mi mamá ya paso por un embarazo de alto riesgo, me dice cómo hacerle. Dice que me esté bañando constantemente, que tenga higiene... también me recomienda estar tranquila con las náuseas porque es algo inevitable y normal, me compra un jugo de naranja; para las estrías me recomendó y compró una crema porque la piel se me rompió horrible...” Diana

Los discursos denotan un apoyo informativo, mismo que, revela una carga cultural importante, variando de acuerdo al contexto y tipo de familia donde se desenvuelva el individuo. Es decir, son rasgos heredados no físicos de la adolescente. Que expresan su idiosincrasia familiar, expresados de formas verbales y no verbales. ⁽⁵⁶⁾

Para Andrea, Diana y Blanca el apoyo informativo que reciben son creencias sólidamente integradas y compartidas por los miembros de la familia, que aceptan como verdaderos sin examinarlos o desafiarlos *“yo me siento bien con eso, mi familia me lo recomienda porque sabe”, “por el tipo de religión que mis papás tienen no creen en esas cosas, yo tampoco...”*, *“mi mamá ya paso por un embarazo de alto riesgo, me dice cómo hacerle”*. El apoyo informativo en la narrativa de Andrea expresa seguridad y protección, en el de Blanca el apoyo informativo otorga un sentimiento de pertenencia al grupo familiar, y para Diana significa sabiduría.

Por tanto, aunque existe un contraste entre las prácticas de cuidado arraigadas entre Andrea, Blanca y Diana; concuerdan en la aceptación de consejos por parte de sus familiares como válidos y guías en su cuidado.

Contrastando con el apoyo informativo que reciben las anteriores participantes, están Elsa y Carla. En la adolescencia se transita la etapa que forja la identidad. Elsa y Carla semejan al sentirse incomodas ante una totalidad obediencia no cuestionable con sus familiares; en ambos discursos se puede observar como el apoyo informativo es recibido con interrogantes.

“Mi mamá y mi abuela me decían que me pusiera seguritos porque cuando la luna se eclipsa salen niños mal formados. ¿Cómo puede ser posible eso? Antes había gente que ni ropa tenía y no les pasaba nada, pero yo me los ponía para que no me estuvieran regañando... Ponte los seguros, ponte un listón rojo, para el mal de ojo... Y sí las uso, agua bendita, del moño rojo me lo ponían con seguritos, y yo decía ¿para qué? ni modo que la luna se vaya a bajar y se coma un pedazo de mi hijo...”

Elsa

“... Todos me dan consejos, me dicen que cuide mucho al bebé, que no lo cargue mucho, que debo dormir con él, que use listones, y cosas así. Yo escucho sus consejos y se los agradezco, porque ellos ya fueron papás, ya tienen experiencia; pero yo quiero equivocarme, porque me voy a tener que equivocar ¿no? Entonces, si escucho consejos y los considero, pero también quiero tener la libertad de decidir.”

Carla

Para evitar conflictos familiares, Elsa opta por respetar y adoptar las creencias que le transmiten sus familiares en relación a la gestación. Sin embargo, se muestra escéptica al conocimiento que le intentan transmitir, en diferencia de las narraciones anteriores, el apoyo informativo que recibe Elsa se transmite por imposición. Por otra parte, Carla, coincide en asumir un papel de respeto ante la experiencia de quienes le otorgan el apoyo informativo;

sin embargo, le considera una limitante para la crianza libre. Aparenta sentimiento de vulnerabilidad ante los consejos de los que es blanco la adolescente.

Las interacciones de la adolescente se limitan a sus amistades y amigos, no tiene otro ambiente donde desarrollarse, por tanto, lo hermético de sus relaciones impide una mayor autonomía, ella hace lo que dicta su familia, los roles de hija y madre se transgreden al estar la familia involucrada en su toma de decisiones.

Capítulo V

Consideraciones finales

La adolescente en el reconocimiento actual de su experiencia como gestante soltera, se podría considerar como Dasein inauténtico, debido a no aceptar su condición y desviar la atención por el “*se dice*” impuesto a través de cánones sociales. Es decir, en voces de las adolescentes gestantes solteras, el fenómeno se convierte primordialmente en un conflicto social, antes que uno que compete a la salud de la adolescente y su futuro hijo.

Las adolescentes gestantes solteras son aceptadas por su núcleo familiar y perciben cuidado. A pesar de recibir un cuidado familiar y apoyo que fluctúa entre los tipos instrumental, emocional e informativo; continúan en riesgo de ser mujeres multi-violentadas, maltratadas y rechazadas.

La gestación temprana en condición de soltería conlleva a riesgos de autoestima baja y emociones negativas como angustia en el entorno que les estigmatiza, soledad y sentimiento de culpa para sí, apropiando una connotación de responsabilidad única en su gestación, es decir, ser un producto de su descuido. De esta forma, dejando secuelas emocionales profundas en las madres adolescentes.

La familia brinda apoyo a las adolescentes gestantes solteras, en sus tres variantes. El apoyo instrumental se enlaza al emocional, mismo que se percibe otorgado por todos los subsistemas familiares sin excepción. Sin embargo, la cohesión que existe en los integrantes del grupo, repercutirá en la calidad del cuidado y posibles situaciones de conflicto.

El apoyo de tipo informativo y fuente informal, es permeado por cuestiones de género, la información que auxilia a la adolescente gestante soltera es transmitida de mujeres para

mujeres. En contraste, el apoyo informativo descubierto como trasfondo en el apoyo instrumental familiar, es de tipo formal; en dicho apoyo formal la enfermería no es visible, existe una hegemonía médica en cuanto a consultoría y atención prenatal.

El apoyo informativo de fuente formal origina cambios en los estilos de vida de las madres jóvenes, específicamente en su cuidado nutricional, a su vez, encausa el apoyo de tipo instrumental, al provocar cambios en los alimentos que compra y prepara el grupo familiar. Estos cambios dependerán de los estilos de crianza en cada familia, por tanto, se enfatiza una valoración y plan de cuidados que incluyan el contexto de las adolescentes gestantes.

El perfil de las adolescentes gestantes solteras, sugiere un fenómeno transgeneracional de maternidad adolescente. La maternidad temprana se presenta durante tres generaciones.

Finalmente, en su mayoría y contrario a lo que se esperaría por la revisión de la literatura, las adolescentes continúan estudiando a pesar de la gestación, incluso es la prestación de seguro escolar la que les permite continuar con atención prenatal y un parto en una institución hospitalaria. Sin embargo, resulta la interrogante si este es un cambio temporal o lineal.

5.1 Aportaciones a la disciplina

La temática de este estudio infiere un gran impacto en la mujer joven que lo experimenta, su familia y sociedad. Específicamente la investigación realizada aporta conocimientos en el marco del paradigma interpretativo en enfermería, que resulta idóneo para abordar una disciplina enteramente humana y que tiene como objetivo un cuidado holístico, ante las necesidades manifiestas de este grupo doblemente vulnerable, adolescentes gestantes en condición de soltería.

El estudio expone la necesidad de tener profesionales capaces y resolutivos en los diferentes niveles de atención, que funjan como barrera ante posibles riesgos durante la adolescencia. Para ello, se requieren programas educativos de pregrado y posgrado en Enfermería, nutridos teóricamente con elementos que educativos que favorezcan el desarrollo psico-afectivo-sexual de los adolescentes, así como incluir asignaturas de ciencias sociales en el padrón de estudios actual.

Al desarrollar la investigación en comunidades, fuera de un ámbito hospitalario y describir necesidades de cuidado en las adolescentes gestantes solteras y sus familias, se enfatiza la necesidad de programas educativos que brinden impulso en la atención que corresponde al primer nivel de atención en salud. Ponderando el valor del trabajo de las enfermeras y enfermeros en las comunidades.

Finalmente se construyeron conceptos que aportan al cuerpo de conocimientos disciplinar. El concepto de cuidado familiar en la adolescente gestante soltera y el de multi-violencia durante la gestación temprana en condición de soltería.

Si bien, existe en la literatura, definiciones y tipificaciones de la violencia, no es así para el fenómeno de estudio. Mismo fenómeno que implica una violencia ejercida desde diferentes aristas. Las adolescentes gestantes solteras experimentan, de forma simultánea, violencia económica por parte de los padres biológicos de sus hijos, quienes están ausentes y violencia psicológica, maltrato emocional, abandono y rechazo; además de la estigmatización social a la que son expuestas.

Para el concepto de cuidado familiar, existe desde la perspectiva de un familiar dependiente enfermo a quien se otorga cuidado por parte de un cuidador primario; entonces, dicho concepto no es relacional con el cuidado que puede recibir la adolescente gestante soltera. Ya que la gestación temprana, a pesar de ser un evento que requiere cuidados, no es propiamente una patología. Con fines de diferenciar el cuidado familiar percibido se auxilió de la teoría del apoyo social.

5.2 Aportaciones a la práctica

Conocer la experiencia de las adolescentes gestantes solteras en cuidado familiar, permite aproximarse en la práctica a otorgar un cuidado holístico, que responda las necesidades reales y contextualizadas, de la adolescente gestante soltera. Se considera de urgencia desarrollar un modelo de atención que considere el contexto de las adolescentes gestantes solteras, incluyendo los preceptos culturales y de religión que la adolescente heredó para su cuidado, alejándose de actitudes represivas y discriminatorias.

Además, en el personal de enfermería que actualmente ejerce en los distintos niveles de atención, se destaca la necesidad de implementar programas de actualización relacionados con la salud sexual y reproductiva, higiene sexual, prevención de enfermedades, gestación no planeada; esto de forma incluyente, considerando una sensibilización familiar y enfoque de género.

Comprender las necesidades de la familia dentro de sus características de asignación de tareas, roles, comunicación, autoridad, lazos estrechos y débiles entre los miembros del grupo, favorece una atención holística.

Con base en la investigación se plantea elaborar un manual para la adolescente gestante soltera. “Soltera y embarazada, ¿qué voy a hacer?” este manual retomará los resultados en la primera categoría de esta investigación; la finalidad es develar las emociones que probablemente (se condiciona al contexto) la adolescente experimentará durante la gestación como madre soltera, de esta forma, la mujer sea consciente de la temporalidad de la situación, permitiéndoles sentirse identificadas y disipar dudas. Manual que incluirá temas de apoyo emocional y empoderamiento.

La investigación, a su vez, al ser realizada de manera independiente, sin involucrar instituciones de salud, con un trabajo de contacto directo y atención domiciliaria; enfatiza la importancia de la práctica en el primer nivel de atención y el ejercicio libre de la enfermería. Se propone crear grupos multidisciplinarios, con psicólogos y enfermeras gestoras, para el empoderamiento de adolescentes gestantes solteras, esto desarrollado en un primer nivel de atención que, a su vez, lleve seminarios a escuelas secundarias y preparatorias, el objetivo principal de dichos grupos y seminarios será el refuerzo de la autoestima de las adolescentes.

Por tanto, se plantea también como aportación, la apertura de prácticas en espacios laborales independientes ya consolidados, o fomentar su creación, el rol de la enfermera o enfermero es como herramienta que contribuye en el fortalecimiento de la educación en aspectos como el cuidado familiar, prevención de gestación temprana y asesoría para la gestante adolescente.

5.3 Aportaciones a la investigación

Debido a la complejidad del fenómeno, surge la posibilidad de nuevos estudios y acercamientos que permitan comprender singularidades. A su vez, se sugiere profundizar en temas como el enfoque de género y la condición de soltería en madres jóvenes; mientras ellas aceptan el rol de la maternidad, con las consecuencias que conlleva, ¿qué pasa con los hombres que han decidido no tomar dicho rol? ¿por qué toman esa decisión? ¿qué los motiva? ¿qué factores en su educación han condicionado esa respuesta?

También se invita a incluir las limitantes del presente estudio en posteriores investigaciones, como es el considerar una perspectiva múltiple del fenómeno, y no solo de la adolescente; involucrando testimonios de la familia.

A su vez, se sugiere indagar en las experiencias de las adolescentes gestantes solteras que no reciben cuidado familiar, explorar que tipo de necesidades imperan bajo ese determinado contexto.

Una temática recurrente son las investigaciones con un enfoque preventivo en búsqueda de motivos para la gestación, sin embargo, continúan sin plantearse estrategias que impacten en el fenómeno de la gestación temprana, fenómeno que prevalece en el tejido social. De este modo, resulta de importancia, continuar explorando el tema, sin embargo, bajo un paradigma interpretativo que considere contextos específicos que permitan un acercamiento preciso a la realidad experimentada, y posibles alternativas de solución.

5.4 Aportaciones a las políticas públicas

La gestación adolescente se relaciona directamente con la ausencia de derechos reproductivos efectivos y de protección ante situaciones de riesgo en menores de edad. A pesar de los programas de anticoncepción, las estadísticas de gestación adolescente continúan en auge. El estudio ejemplifica el arraigo transgeneracional que existe en el fenómeno. Madres jóvenes, suelen tener hijas que en un futuro serán madres jóvenes también. El fenómeno es de gran complejidad, por tanto, las políticas públicas deben tener correlación intersectorial con un objetivo común. Esto representa una llamada de atención en las actuales políticas que se limitan al apoyo instrumental e informativo en madres jóvenes y solteras. Las políticas públicas que se limitan a la anticoncepción y apoyos económicos, se consideran medidas austeras.

A pesar de contar con programas en el primer nivel de atención, que brindan de forma gratuita anticonceptivos y asesoría en planificación familiar, así como líneas telefónicas y sitios web para dar resolución a dudas en el ámbito de sexualidad; los recursos continúan siendo limitados, impersonales y no se les da un seguimiento adecuado a los casos, es necesario estrechar los vínculos con las y los adolescentes considerando su entorno.

Desde el referente para la educación como un bien universal, atributo señalado en la Carta Magna mexicana, y un derecho innegable; se recomienda incorporar profesionales de enfermería en el contexto más cercano de las y los jóvenes, es decir, integrar enfermeros profesionales como miembros laborales activos en las instituciones de educación básica, media y superior. Esto con la finalidad de conseguir una atención directa a través de expertos capacitados en el manejo del adolescente y las familias, así como fomentar la cultura de la

promoción de la salud y prevención en situaciones con riesgo de exposición para los jóvenes durante la adolescencia.

A su vez, de manera específica en las gestaciones adolescentes, con la iniciativa de enfermería en las escuelas, pretende ser coadyuvante en el decremento de gestaciones tempranas y las consecuencias personales, familiares y sociales que conllevan. Al ser un fenómeno que compete a la salud pública, los costos de profesionales capacitados no se equiparan al beneficio emocional y psicológico en las y los adolescentes y sus familias.

La propuesta de enfermería en las escuelas, a su vez, procura la disminución de costos que involucran una atención de alta especialidad. Esto, en la posibilidad de anular los gastos resultantes cuando la gestación temprana resulta en complicaciones que repercuten la salud de la madre joven y su recién nacido, es decir, días de internamiento hospitalario, permanencia en terapias intensivas neonatales, cirugías, medicamentos de especialidad, material, insumos, entre otros. Enfermería cuenta con especialidades idóneas para este propósito, especialistas en enfermería familiar, comunitaria y salud pública.

La anterior propuesta supone dos vertientes, la preventiva y la de promoción a la salud; para el fenómeno de gestación temprana le compete en un enfoque de promoción a la salud y “red de cuidado”. El término empleado es “red”, ya que actualmente existe un abordaje multidisciplinario (médicos, psicólogos, trabajo social) cuando una adolescente transcurre la maternidad, misma que se considera gestación de alto riesgo en las instituciones hospitalarias. Sin embargo, la red de cuidado implica otorgar seguimiento a los casos de forma personalizada, considerando contextos específicos e integrando a las familias en la consejería de cuidado y profilaxis prenatal.

También se plantea como necesario, implementar políticas que fomenten la permanencia escolar de manera lineal y no momentánea. Las adolescentes gestantes argumentan continuar sus estudios a pesar de la gestación, esto por los beneficios que les aporta continuar en la escuela para recibir atención médica durante el embarazo. Esta actitud es un nicho de oportunidad para intentar romper el círculo de pobreza en el que están en riesgo las adolescentes al no concluir su educación básica e ingresar menos calificadas a un empleo.

Se requiere intentar conquistar a la adolescente madre soltera para que no abandone sus estudios, sin embargo, implica mayor apoyo por parte de las instituciones educativas, a través de programas de concientización; así como flexibilidad en los planes de estudio en madres y padres adolescentes, que posibiliten continuar estudiando, sin descuidar la crianza de su recién nacido y/o la generación de ingresos económicos.

Una alternativa en la deserción escolar y prevención de gestación temprana, es incluir orientación vocacional desde el nivel medio de estudios, con el propósito de que las adolescentes tengan expectativas y proyectos de vida que les retroalimenten para continuar en sus estudios o como una motivación para no descuidar su salud reproductiva, con relaciones sexuales tempranas no seguras.

En el ámbito del primer nivel de atención de salud, se plantea diluir las fragmentaciones y responsabilidades jerárquicas en los profesionales de salud. Formar grupos interdisciplinarios con sesiones mensuales que debatan estrategias pertinentes de prevención y apoyo en el cuidado en las madres adolescentes y sus familias. A su vez, fomentando la participación comunitaria y vecinal, esto, para implementar estrategias acordes a las singularidades del grupo poblacional, atendiendo necesidades reales.

VI. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud OMS [Internet]. Notas descriptivas: Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348 [actualizado en mayo 2014; acceso el 3 abril de 2015]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://bit.ly/LUUZ9c>
2. Kérouac S. Paradigma de la transformación. En: Kérouac S, Pepín J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. España: Elsevier Masson; 1996. p.12-25.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes (traducción al español). Nueva York: UNFPA; 2013 [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1PF9XfX>
4. Orozco MA, Mendoza MT, Ramos RI, López A, Ruelas G. Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [recurso en línea]. 2011 [acceso 6 de abril de 2015]; 16(4):240-7. Disponible en: <http://bit.ly/1DFtJja>
5. Villalobos-Hernández CL, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México [revista en línea] Salud pública Mex. 2015 [acceso el 1 de junio de 2015]; 57(2):135-43. Disponible en: <http://bit.ly/1I6FpBc>
6. Secretaría de Salud del Distrito Federal SEDESA. Agenda Estadística 2013 [recurso en Internet]. México: SEDESA; 2013 [acceso 4 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1CSrqbd>

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI [sede web]. Población, Hogares y Vivienda. Natalidad y fecundidad [actualizado en 2013; acceso el 4 de abril de 2015] México: INEGI; 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1ktla0K>
8. Villalobos-Hernández CL, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México [revista en línea] Salud pública Mex. 2015 [acceso el 1 de junio de 2015]; 57(2):135-43. Disponible en: <http://bit.ly/1I6FpBc>
9. Campero L, Atienzo E, Suárez L, Hernández B, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas [revista en línea] Gaceta Médica de México. 2013 [acceso el 25 de abril de 2015]; 149:299-307. Disponible en: <http://bit.ly/1fNX2LH>
10. Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia [revista en línea] 2015 [acceso el 12 de junio de 2015]; 83:294-301. Disponible en: <http://bit.ly/1Ka1LBd>
11. García A, Martínez CH. Efectividad de la funcionalidad familiar con adolescentes gestantes y adolescentes no gestantes [revista en línea] av.enferm. 2011 [acceso el 13 de junio de 2015]; 24(1):75-86. Disponible en: <http://bit.ly/1OinA2P>
12. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Spitznagel EL, Bommarito K, Madden T, Olsen MA, et al. Maternal Age and Risk of Labor and Delivery Complications. Maternal and Child Health Journal [revista en línea] 2014 Nov [acceso 4 de abril de 2015]:1-8. Disponible en: <http://bit.ly/1zdRkpd>

13. Acharya DR, Bhattarai R, Poobalan A, Teijlingen ER, Chapman G. Factors associated with teenage pregnancy in South Asia: A systematic review [revista en línea]. 2010 [acceso 3 de abril de 2015]; 4(1):3-14. Disponible en: <http://bit.ly/1J0th2e>
14. Abalos E, Cuesta C, Garroli C, Qureshi Z, Widmer M, Vogel JP, et al. Pre-eclampsia, eclampsia and adverse maternal and perinatal outcomes: a secondary analysis of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health [revista en línea]. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2014 march [acceso el 3 de abril de 2015]; 121 (s1):14-24. Disponible en: <http://bit.ly/1yowAzQ>
15. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study [revista en línea]. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2014 march [acceso el 3 de abril de 2015]; 121 (s1): 40-8. Disponible en: <http://bit.ly/1CKSvN1>
16. Baena A, Alba A, Jaramillo MC, Quiroga SC, Luque L. Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. ATEN FAM [revista en línea]. 2012 [acceso 3 de abril de 2015]; 19 (4):82-5. Disponible en: <http://bit.ly/1ELRko0>
17. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [recurso en línea] 2012 [acceso el 5 de abril de 2015]; 38 (3):333-42. Disponible en: <http://bit.ly/1KoWIw7>

18. Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia UNICEF. Progreso para la infancia: Un balance sobre la mortalidad materna [monografía en Internet]. Nueva York: UNICEF; 2008 [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://uni.cf/1GFbYX0>
19. De la Peña A. El problema de la deserción escolar y las posibilidades de la investigación-acción participativa [revista en línea]. Configurações. 2014 [acceso el 3 de junio de 2015]; 14:129-49. Disponible en: <http://bit.ly/1V8Gtdo>
20. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, et al. The protective effect of family strenghts in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences [revista en línea] The Permanente Journal. 2010 [acceso 20 junio de 2015];14(3):23-8. Disponible en: <http://bit.ly/1TAPAm1>
21. Sonfield A, Hasstedt K, Kavanaugh ML, Anderson R. The Social and Economic Benefits of Women’s Ability to Determine Whether and When to Have Children [recurso en línea], New York: Guttmacher Institute; 2013 [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1aLFTPE>
22. Organización Panamericana de la Salud OPS. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes, 2010-2018. [monografía en Internet] Washington: OPS; 2010 [acceso el 11 abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1Mx9n0I>
23. Olavarría J, Molina R. Embarazos en adolescentes, vulnerabilidades y políticas públicas. Polis [revista en línea] 2012 [acceso 15 de abril 2015]; 31:2-17. Disponible en: <http://polis.revues.org/3802>
24. Díaz CJ, Fiel JE. The effect of Teen Pregnancy: Reconciling Theory, methods, and findigs. Demography [revista en línea]. 2016 (acceso el 6 de marzo de 2016); 1(53):85-116. Disponible en: bit.ly/1nCUW4Q

25. Okumura JA, Maticorena DA, Tejeda JE, Mayta-Tristán P. Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú [revista en línea]. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2014 [acceso el 3 de abril de 2015]; 14 (4):383-92. Disponible en: <http://bit.ly/1JORIwp>
26. Diniz Bensaja E, Garcia Dias AC, Neiva-Silva L, Nieto CJ, Koller SH. Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo [revista en línea]. Av. Psicol. Latinoam. 2012 [acceso 8 de abril de 2015]; 30(1):65-80. Disponible en: <http://bit.ly/1MuzOnX>
27. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Los adolescentes, los jóvenes y la transformación para el futuro. Estado de la población mundial 2014 (traducción al español). Nueva York: UNFPA; 2014:10 [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1FoDORX>
28. Consejo Nacional de Población CONAPO. Perfiles de salud reproductiva. República Mexicana [recurso en Internet]. México: CONAPO; 2011 [acceso 4 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1zbHsMv>
29. Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente. Sobrevivir, prosperar, transformar. [monografía en Internet] Washington: OMS; 2015 [acceso el 2 mayo de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1WQoICC>
30. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 [recurso en Internet]. México: INSP, SS; 2012 [acceso 4 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1uku2iA>

31. Papalia DE, Wendkos S. Desarrollo humano con aportaciones a Iberoamérica. México: Mc Graw Hill; 1997 [acceso 4 mayo de 2016]
32. Dulanato E. El adolescente. México: Mc Graw Hill; 2000 [20 de mayo de 2016]
33. Delval J. Las teorías de psicoanálisis sobre el desarrollo, las teorías de la adolescencia. En: Delval J. El desarrollo humano. Madrid, España: Siglo XXI de España, editores, S.A. 1994 [acceso 18 de mayo de 2016]. p.550-4.
34. Kroger J. Adolescence as identity synthesis. Erikson's psychosocial approach. In: Kroger J. Identity in adolescence. The balance between self and other. 3ª ed. USA: Psychology Press; 2004 [acceso 15 mayo de 2016].p.16-25.
35. Vygotsky LS. Obras escogidas. Paidología del adolescente. Problemas de psicología infantil. Volumen 4. México: Antonio Machado libros; 2012 [acceso 3 mayo de 2016].
36. Corral A. Capítulo VIII. El mundo intelectual del adolescente. En: Perinat A, Corral A, Crespo I, Domenech E, Font-Mayolas S, et al. Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial. Barcelona: Editorial UOC; 2003 [acceso el 25 de abril de 2016].p.203-10.
37. Bauman Z. Sobre la moda, la identidad líquida y la utopía de hoy: algunas tendencias culturales del siglo XXI. En: Bauman Z. Mosconi L (Trad). La cultura en el mundo de la modernidad líquida [libro en internet]. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2013 [acceso 20 abril de 2016].p.23-33. Disponible en: <http://bit.ly/1XRXoTk>
38. Real Academia Española. Embarazar. 23ª ed. 2014 [acceso 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EadBKLo>
39. Real Academia Española. Gestar. 23ª ed. 2014 [acceso 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=JA0d5LE>

40. Hill D. Asesoramiento sobre nutrición durante el embarazo. Fundamento biológico, conductual y contextual; 2013 [acceso el 3 abril de 2015]. Geneva: Organización Mundial de la Salud, Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (e LENA). Disponible en: <http://bit.ly/2aLywcA>
41. Chodorow NJ. Too late: the ambivalence about motherhood choice and time. J Amber Psychoanalytical Assn. 2003 [acceso 5 mayo 2016]; 51: 1181-1198.
42. Kenneth J, Cunningham N, Gant N, James M, Bloom S, et.al. Part 1. Prenatal period: Maternal Adaptions to Pregnancy. En: Kenneth J, Cunningham N, Gant N, James M, Bloom S, et.al Willieams Manual of Obstetrics. 21 ed. América: McGraw-Hill; 2003 [acceso 24 abril de 2016] p.18-22.
43. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2015: resumen. Reimaginar el futuro, innovación para todos los niños y las niñas. [recurso en internet] Nueva York, Estados Unidos: UNICEF; 2014 [acceso el 8 de abril de 2015].p.3-6. Disponible en: <http://uni.cf/1tgOOv7>
44. Molina NC. Motividad y gestación. Un proceso de formación de la mujer. En: Cevallos DP, Molina NC. (Eds) Educación corporal y salud: Gestación, infancia y adolescencia. Medellín: Funámbulos Editores; 2007 [acceso 24 abril de 2016] p.95-102.
45. Aguilar YP, Valdez JL, González NI, González S. Los roles de género de los hombres y las mujeres del México contemporáneo. Enseñanza e Investigación en Psicología [revista en línea] 2013 [acceso el 8 de marzo de 2016];18(2):207-24. Disponible en: <http://bit.ly/2m6BS1K>

46. Isser JR. Catedra de Bioética Ciencias de la Salud. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V. La Medicina [revista en línea] 2001 [acceso el 8 de abril de 2015]; 107:11-23. Disponible en: <http://bit.ly/1bZV1JF>
47. Consejo Nacional de Población CONAPO. Atención materna. 26 de septiembre, día mundial para la prevención del embarazo no planificado en adolescentes [recurso en Internet]. México: CONAPO; 2013 [última modificación, 27 septiembre 2013; acceso 15 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/2ljgbqT>
48. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, et al. The protective effect of family strenghts in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences [revista en línea] The Permanente Journal. 2010 [acceso 20 junio de 2015];14(3):23-8. Disponible en: <http://bit.ly/1TAPAm1>
49. Durán E, Aguirre MM, Low C, Crespo M, Ibáñez M, et al. Perfil psicosocial de adolescentes gestantes en dos instituciones de salud en Bogotá. (revista en línea). Psicología y Salud. 2016 (acceso el 2 de mayo de 2016); 26(1):137-45. Disponible en: <http://bit.ly/1TTOTS6>
50. Salinas S, Castro MD, Fernández C. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Panamá: UNICEF; 2014 [acceso 8 de abril de 2015]. Disponible en: <http://uni.cf/1A8yMWB>
51. Da Silva Brêtas JR, Vieira da Silva Ohara C, Pereira Jardim D, de Aguiar Junior W, de Oliveira, JR. Aspectos da sexualidade na adolescência. Ciência e Saúde Coletiva 2011 [acceso 20 de abril de 2015]; 16(7): 3221-3228.

52. Cerqueira Santos E, Dos Santos Paludo S, Bensaia dei Schiro ED, Koller SH.
Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo* 2010 [acceso 20 de abril de 2015]; 15(1): 72-85.
53. Basaglia F. *Mujer, locura y sociedad*. 2ª ed. México: Universidad Autónoma de Puebla; 1985.
54. Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal [recurso en línea]. Libro 1. De las personas. Título 4 del Registro Civil. México; 2013 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1zZbE0s>
55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI [sede web]. Encuesta Nacional de Población y Empleo (ENOE), población de 15 años y más edad [actualizado en 2014; acceso el 4 de abril de 2015] México: INEGI; 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1eGqu15>
56. Avalos O. Pobreza y jefatura femenina [revista en línea]. *Revista de estudios de género La Ventana*. 2007 [consultado el 09 de junio de 2016]; 3(25). Disponible en: <http://bit.ly/2lu4VbY>
57. Arcos S, Tunal G. Madres solteras adolescentes como una determinante de posible precariedad laboral [revista en línea]. *CESLA*. 2014 [acceso el 09 de junio de 2016];17:235-71. Disponible en: <http://bit.ly/2moJw87>
58. Heidegger M. *Ser y tiempo* (Rivera JE. trad.) 4aed. Chile: UNIVERSITARIA, S.A.; 2005.
59. Boff L. El cuidado: ethos de lo humano. En: Boff L. *El cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la Tierra*. Madrid: Trotta, S.A.; 2002. p. 29-35.

60. Bustamante S. Antecedentes de los enfoques de la salud familiar. En: Bustamante S. Enfermería familiar: principios de cuidado a partir del saber (in)común de las familias. Perú: Facultad de Enfermería UNT; 2004. p.12-34.
61. Ackerman NW. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós; 1961 [acceso el 5 de mayo de 2016].
62. McGoldrick M, Gerson R. Part 1. Overview: The Changing Family Life Cycle-A framework for family therapy. 8. Genograms and the Family Life Cycle. In: Carter B, McGoldrick (Eds) The Changing Family Life Cycle-A framework for family therapy. framework for family therapy. 4ª ed. Boston: Allyn Bacon; 2011 [acceso 8 de abril de 2016].p.164-83.
63. Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. [revista en línea] 2009 [acceso el 19 de abril de 2015] Texto e Contexto Enfermagem; 18 (1): 17-24. Disponible en: <http://bit.ly/1KbGo5l>
64. Deschamps JP. Embarazo y maternidad adolescente. Buenos Aires: Herder; 1979.
65. Pardo MP. Capítulo 1: Conceptualización e interpretaciones del cuidado. Familia y Cuidado. En: Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia (Ed). Grupo de Cuidado. Dimensiones del cuidado. Colombia: Unibiblios; 1998.
66. Barrón A. Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid, España: Siglo XXI de España editores; 1996.
67. Sousa EL, Farías MCAD, Silva EN, Silva FW, Pedrosa V, Dias W. Hábitos alimentares: conhecimento de adolescentes grávidas atendidas na atencao básica. J.res:fundam.care [revista en línea]. 2013 [acceso 2 de abril de 2015]; 5(4):661-70. Disponible en: <http://bit.ly/1HRvPTo>

68. Dean SV, Lassi SZ, Imam AM, Buttha ZA. Preconception care: nutritional risks and Interventions. *Reproductive Health* [revista en línea] 2014 [acceso el 6 de abril de 2015]; 11 (Suppl 3):S3. Disponible en: <http://bit.ly/1OxCHcE>
69. Organización Mundial de la Salud OMS [sede Web]. Programas y proyectos: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Actualizado en 2015; acceso el 3 abril de 2015]. Geneva: Organización Mundial de la Salud. [Aproximadamente tres pantallas] Disponible en: <http://bit.ly/1NCeUbe>
70. Barros MA, Almeida AC, Barreto M, Takito MY, D'Aquino MH. Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública* [revista en línea] 2013 [acceso 4 de abril de 2015]; 47(5):958-67. Disponible: <http://bit.ly/1DEIv9V>
71. Dumith SC, Domingues MR, Mendoza-Sassi RA, Juraci AC. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno-infantil. *Rev Saúde Pública* [revista en línea] 2012 [acceso 5 de abril de 2015]; 46(2):327-33. Disponible: <http://bit.ly/1EgpKvK>
72. Monteiro CF, Tavares R, Azevedo R, de Ávila L, Dias L, Dias R, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr* [revista en línea]. 2013 [acceso el 3 de abril de 2015]; 35:51-6. Disponible: <http://bit.ly/1z6f5op>
73. Bottorff JL, Poole N, Kelly MT, Greaves L, Marcellus L, Jung M. Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: a scoping review of the literature. *Health and Social Care in the Community* [revista en línea] 2014 [acceso 3 de abril de 2015]; 22 (6):561–5. Disponible en: <http://bit.ly/1P0uiJG>
74. Sampaio T, Vasconcelos TC, Barbosa L, Pontes C, Nunes FA, Gomes S. Percepções de adolescentes grávidas acerca do consumo de álcool durante o período gestacional.

- SMAD [revista en línea]. 2010 [acceso 4 de abril de 2015]; 6(1):1-15. Disponible en: <http://bit.ly/1Ft0tR7>
75. Adanikin AI, Onwudiegwu U, Akintayo AA. Reshaping maternal services in Nigeria: any need for spiritual care? BMC Pregnancy and Childbirth [revista en línea] 2014 [acceso 3 de abril de 2015]; 14:196. Disponible en: <http://bit.ly/1dn3sjh>
76. Heidegger M. García JJ. (Trad) Los problemas fundamentales de la fenomenología. Madrid: Trotta; 2000.
77. Ochoa H. Sujeto y realidad en schelling y la crítica de Heidegger. En: Rocha A. (Ed) Martin Heidegger: La experiencia del camino. Barranquilla: Uninorte; 2009.p.310-20.
78. Velez GD. Capítulo II. De la estructura de la experiencia al sentido de la vida fáctica. En: Velez GD. Vida y Filosofía. La génesis de la vida filosófica en Heidegger. Bogotá: Ed. San Pablo; 2014.p.29-38.
79. Díaz E. El escepticismo en la antigüedad. En: Garcia G. (Ed) Historia de la Filosofía Antigua. Madrid: Trotta; 1997.p.328-29.
80. Heidegger M. Essais et conférences [Ensayos y conferencias]. París: Gallimard; 1958. p.36.
81. Carmo do DC, Teixeira EN. Mulheres com gravidez de maior risco: vivencias e percepções de necesidades e cuidado [revista en línea]. Esc. Anna Nery. 2015 [acceso 2 de abril de 2015]; 19(1):93-101. Disponible en: <http://bit.ly/1GJ21rs>
82. Rodrigues AP, Ramos LG, dos Santos JC, Spanó M. La maternidad y la familia el apoyo del Adolescente: implicaciones para la atención materno-infantil y el autocuidado en el puerperio. Cienc.Cuid. 2013; 12(4):679-87.

83. Chévez DE. Cuidado de la familia al binomio madre adolescente - recién nacido [tesis posgrado] [recurso en línea]. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012 [acceso 20 marzo de 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1JJqLyg>
84. Soto VI, Durán MM. Adolescentes Quieren ser madres... Pero ... av.enferm [revista en línea]. 2010 [acceso 2 de abril de 2015]; 28 suppl.1:16-28. Disponible en: <http://bit.ly/1GbfsAt>
85. Barreto-Huazeur E, Saenz-Lozada ML, Velandia-Sepúlveda F, Gómez-González J. El embarazo en adolescentes bogotanas: significado relacional en el sistema familiar. Rev. Salud Pública. 2013 [acceso el 8 de marzo de 2016];15(6):837-49.
86. Álvarez ME. Autocuidado en mujeres embarazadas en una comunidad en el Estado de México. Revista Horizontes en Salud. 2015 [acceso el 9 de marzo de 2016]; -:61-72.
87. Cuellar V, Jaimes A. Vivencias del cuidado de la salud durante el embarazo en mujeres con VIH en Bogotá [tesis de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2015 [acceso 9 de marzo de 2016].
88. Bensaja ED, García AC, Neiva-Silva L, Nieto CJ, Koller SH. Características familiares y apoyo percibido entre adolescentes brasileños con y sin experiencia de embarazo. Avances en Psicología Latinoamericana. 2012 [acceso el 9 de marzo de 2016]; 30(1):65-80.
89. Heidegger M. Aspiunza (Trad). Ontología: Hermenéutica de la facticidad. Madrid: Alianza; 199. p.46-67
90. Patton MQ. Part 2. Qualitative Designs and Data Collection. In: Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods. Integrating Theory and Practice. 4ta ed. United States of America, Thousand Oaks: Sage; 2015.p.243-327.

91. Quintana A. Metodología de investigación científica cualitativa. En: Quintana A, Montgomery W. Eds. Psicología tópicos de actualidad. Lima: UNMSM; 2006. p.70.
92. Taylor SG, Bogdan R. La entrevista en profundidad. En: Taylor SG, Bogdan R. Piatigorsky (trad.) Introducción a los métodos cualitativos. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1998.p.100-33.
93. Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Capítulo 5. Recolección de datos cualitativos. El registro de la observación. En: Bonilla-Castro E, Rodríguez P. Más allá de los métodos. La investigación en ciencias sociales. 3ed. Colombia:Norma; 1997.p.237-9.
94. Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, México. Disponible en: <http://bit.ly/1of9Vey> [acceso 5 abril de 2015]
95. Gallart MA. La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la investigación. En: Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1993.
96. Streubert H, Streubert HJ, Carpenter R. Qualitative Research in Nursing; Advancing the humanistic imperative. 4ed. United States, Philadelphia: Lippincot Williams and Willkins; 2007.
97. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Chapter 3. Ethical Issues in Analysis. In: Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 3ed. Thousand, CA: Sage; 2014.p.55-63.
98. Lincoln Y, Guba E. Establishing Trustworthiness. In: Lincoln Y, Guba E. Naturalistic Inquiry. California: Sage; 1985.p.293-96.
99. Denzin NK. Part IV. Strategies of triangulation and the art of doing sociology. In: Denzin NK. The research act: A theoretical Introduction to Sociological Methods. 3ed. New York: McGraw Hill; 1989.p.297-306.

100. Fernández EG, García B, Jiménez MP, Martín MP, Domínguez FJ. La alegría, la tristeza y la ira. En: Fernández EG, García B, Jiménez MP, Martín MP, Domínguez FJ. Psicología de la emoción. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2010.p.287-98.
101. Vigotsky L. Teoría de las emociones. Estudio histórico-psicológico. Madrid, España: Akal; 2004.
102. Sánchez P, Urzúa de Ochoa. Madres solas, realidades y soluciones. México: Trillas; 1998.
103. Foucault M. Pons H (Trad) Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978) México: Fondo de Cultura económica; 2006. p. 150-8.
104. Gilligan C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
105. Murueta MD, Orozco M. Tomo II. Psicología de la violencia. Causas prevención y afrontamiento. 2ª ed. México: El manual moderno; 2015.
106. Subramaniam M, Prasad R, Abdin E, Vaingankar J, Chong S. Single Mothers Have a Higher Risk of Mood Disorders. *Annals Academy of Medicine*. 2014;43(3):146-51.
107. Legarde de los Ríos M. El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías. México: Ed. Inmujeres; 2012.
108. Zaltzman A, Falcon B, Harrison ME. Body image in adolescent pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 [acceso 23 de diciembre de 2016] ; 28(2):102-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25850591>
109. Benoit JP. Angustia psicótica y sistema parental. Barcelona: Herder; 1985.
110. González E. El varón y la paternidad precoz. En: Molina R, Sandoval J, González E. Salud Sexual y Reproductiva en la adolescencia. Chile: Mediterráneo; 2003.p.52-7.

111. Nagy y Framo. Terapia familiar intensiva. México: Trillas; 1988.
112. Haley J. Transtornos de la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu; 1985.
113. Walters M. Madres e hijas. En: Walters M, Carter P, Papp P, Silverstein O. La red invisible, pautas vinculadas al género en relaciones familiares. Terapia familiar. Barcelona: Paidós; 1991.

VII. Apéndices

a. Consentimiento informado

Introducción y Propósito

Por medio del presente estoy enterado que el alumno de Maestría en Enfermería llevará a cabo un estudio de investigación, que es parte de su formación académica y requisito de titulación, el cual tiene como objetivo comprender la experiencia de cuidado familiar en la adolescente gestante soltera. Por lo tanto, si estoy de acuerdo en participar realizaré una entrevista con el alumno donde la información que proporcione será grabada para su posterior análisis.

Procedimiento

Se me ha informado que participaré en una entrevista en profundidad relacionada a mi experiencia de los cuidados familiares. Realizaré el llenado de una cedula con datos de identificación. La entrevista será en mi hogar, en el horario y fecha que yo estipule. Mi participación será audio grabada y tendrá una duración aproximada de 60-80 minutos. Si se necesitara alguna aclaración sobre los datos dichos en la entrevista, se programará una cita nuevamente para que el investigador acuda a mi hogar.

Riesgos

Se me ha informado que los procedimientos serán de riesgo mínimo, que mi participación es voluntaria y aun después de iniciada puedo dejar de participar en la entrevista o darla por terminada en cualquier momento.

Beneficios

Entiendo que no obtendré beneficios económicos o de índole parecida, sin embargo, obtendré información útil sobre los cuidados que debe llevar a cabo la mujer embarazada.

Participación voluntaria/ abandono

Una vez conocido el objetivo que tiene el estudio y en qué consistirá mi participación. Sé que será mi libre decisión y de manera voluntaria el participar en el estudio, y que si no aceptó o decido abandonar el estudio lo podré hacer en cualquier momento y sin repercusión sobre mi decisión.

Preguntas

Si tengo alguna duda, comentario o queja podré comunicarme con el investigador del estudio Lic. Alejandra Martínez Tovar (044) 812 079 15 00.

Confidencialidad

Estoy consciente que todos los datos que proporcione serán anónimos y solo tendrá acceso a ellos el investigador del estudio, con fines académicos.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

El investigador me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así como la libertad que tengo para dejar de participar en el estudio en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma del padre/tutor

Firma del investigador

b. Cedula de datos sociodemográficos

Cédula de identificación de datos personales

Nombre _____ Edad _____

Procedencia _____ Nac _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Cel. _____ Horario _____

Gestas _____ Abortos _____ Partos _____ Cesárea _____ Óbito _____ Otro _____

Semanas de gestación _____ FUM USG

Ultimo grado escolar _____ Ocupación _____

Servicios básicos y características de vivienda _____

Mencione las personas que viven en su casa, y el parentesco que tiene con ellas

Nombre y edad

Parentesco

- | | |
|----------|-------|
| 1. _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ |
| 7. _____ | _____ |
| 8. _____ | _____ |

Gracias

c. Descripción de las participantes

Andrea. Es una joven de 16 años, residente de un pueblo en Xochimilco. La participante se localizó en el área de consulta externa de un hospital público. Se realizaron dos entrevistas, en el hogar de su abuela, en el comedor. En la casa hay muchos niños pequeños, la abuela suele cuidar a los nietos de sus hijos. Se observan grandes figuras religiosas en el interior del hogar. Andrea es de complexión delgada, tez blanca, grandes ojos, sonriente, utiliza ropa ceñida al cuerpo, denota movimientos nerviosos en cada entrevista, juega con sus pulgares, mueve las piernas, es hasta avanzada la primera entrevista y durante la segunda entrevista cuando se comporta con más soltura, su postura es natural.

Es primigesta, en el momento de la primera entrevista tenía 38 semanas de gestación (SDG), de religión católica, nivel socio económico bajo, con escolaridad secundaria trunca, refiere que nunca le gustó estudiar, actualmente se dedica al hogar, vive con su abuela y le ayuda a vender en el mercado o a cuidar a sus sobrinos.

Tiene dos consultas prenatales en un hospital que pertenece al Seguro Popular, tiene antecedentes de anemia. Sus padres le tenían prohibido tener una relación de noviazgo, a los 15 años de edad se fugó varias veces de su casa para ir a vivir con su novio. Sus padres la regresaban a su hogar, sin embargo, ella volvía a fugarse. Al iniciar vida sexual activa no utilizó métodos anticonceptivos.

Cuando se enteró de su gestación, su pareja le abandonó; Andrea regresó a casa de sus padres, sin embargo, al ser una familia extensa no se sentía cómoda por el reducido espacio e intimidad, y decidió vivir con su abuela. La relación con sus padres no es estrecha, considera

que su familia es su abuela. La gestación adolescente se observa como un fenómeno transgeneracional.

Blanca. Joven de 16 años residente de un pueblo en Cuajimalpa de Morelos. La participante se localizó en la consulta externa de un hospital público, mientras su padre le acompañaba. Cada vez que presencié momentos con sus padres, al despedirla o saludarla solían ser afectuosos y “darle la bendición”, solían rezar algo en voz baja. Blanca es de complexión delgada, tez morena, ojos rasgados, utiliza ropa holgada.

Desde el primer contacto se logró entablar una relación de confianza, tanto con la participante como con sus padres, quienes me autorizaron acompañarla a sus consultas en el hospital y exámenes clínicos. Blanca tenía 37 SDG en la primera entrevista y dos consultas prenatales. Ya que ambos padres trabajan, ella acudía sola a la mayoría de sus consultas y exámenes clínicos. Se realizaron dos entrevistas, las cuales, por decisión de la participante, se realizaron en un café cercano al hospital donde llevaba su control prenatal; en cada momento procurando la intimidad de la participante.

Las siguientes dos consultas prenatales y una a urgencias, le acompañé y se tuvo oportunidad de convivencia. De igual manera le acompañaba de regreso a su casa y tuve oportunidad de observar la localidad donde vive, necesita dos autobuses y casi dos horas para llegar al hospital donde llevó su control prenatal.

Ella es de religión católica y sus padres son líderes de un grupo religioso en su comunidad. Debido a esto, todo el pueblo donde Blanca vive conoce a su familia. Ella es actualmente estudiante de Bachillerato, técnico en enfermería. Cuenta con seguridad social gracias a su condición de estudiante. Blanca tiene deseos de continuar estudiando e insertarse en el campo

laboral. La familia de Blanca es extensa, vive con su padre, madre, hermano y abuela materna. Su nivel socio económico es bajo. Su noviazgo fue vía telefónica en un inicio, ya que sus padres no le permitían tener un noviazgo. Al inicio de vida sexual activa, no utilizaron métodos anticonceptivos, nunca pensó en la posibilidad de embarazarse. El padre biológico de su hijo resultó ser una persona violenta, por tanto, Blanca decide alejarse de él cuando se entera de su condición de gestante.

Carla. Es una joven de 17 años residente en Iztacalco. La participante se localizó en vía pública, por criterio de observación del investigador, mientras su abuela la acompañaba. Ella reside en una vecindad, con diferentes familiares maternos, tíos, primos, abuelos. En su hogar solo residen su padre, hermano y hermana.

Su padre es soltero, ya que su madre se fue de casa para formar una nueva relación, sin embargo, visita a sus hijos cuando va a casa de sus padres. Ella no la considera como una madre, ese rol está volcado en la abuela materna. La convivencia del investigador con la participante fue en su hogar y en hogar de su abuela.

Carla es de religión católica, su hogar tiene gran cantidad de cristos y figuras religiosas. Su abuela tiene un nicho grande en la entrada de su casa con figuras de la virgen de Guadalupe, dentro de su casa, también tiene gran cantidad de figuras de la virgen.

Se realizó una entrevista formal audio grabada en casa de su abuela, mientras estábamos solas y ella tenía 37 SDG, el demás contacto fue informal y con más integrantes familiares. Carla continúa estudiando el bachillerato, es de tez clara, complexión grande, sobrepeso, utiliza grandes gafas de pasta, es una joven alegre, con un acentuado lenguaje corporal, de manera efusiva saluda a todas las personas en su comunidad. Su nivel socio económico es medio.

Cuando inició su vida laboral, conoció a su ex pareja e inició un noviazgo, mismo que ocultó a su familia por no permitirle mantener relaciones de noviazgo.

Al inicio de su vida sexual activa, mantuvo relaciones no protegidas y empleó frecuentemente pastillas de emergencia, hasta tres pastillas por mes, en un lapso de cuatro meses. La última pastilla que utilizó no le provocó menstruación y sospechó estar embarazada, cuando lo confirmó se lo contó a su ex pareja, sin embargo, su pareja dudó de su paternidad y rechazó apoyarla en la gestación; ella decidió no abortar y tener a su hijo.

Diana. Es una joven de 17 años residente en Iztapalapa. La participante se localizó y se realizó primer contacto en el área de hospitalización de un hospital público, estaba internada por antecedentes de anemia e infección de vías urinarias a las 36 SDG. De tez morena, complexión delgada. Durante los exámenes y consultas consecuentes a su egreso hospitalario, se ofrecieron

La primera entrevista se realizó en su hogar, a sus 38SDG. El sustento familiar es su madre, quien está en condición de soltería. Vive con su madre, hermano, cuñada y tres sobrinos. De religión cristiana, utiliza recurrentes frases relacionadas a dios, tanto ella como su familia. Es de nivel socio económico bajo.

Utilizó en repetidas ocasiones la píldora de emergencia hasta que creyó no poder embarazarse y dejó de usarla. Al enterarse de su gestación, vivió con su ex pareja, en unión libre, unos meses en casa de su madre, finalmente, su pareja le abandonó.

La segunda entrevista y la convivencia se estrechó en hogar del investigador al ofrecer el hogar, cuando regresaban a Diana de la sala de urgencias. Las últimas semanas de gestación ella y su madre estaban muy preocupadas con el inicio de labor de parto y solían ir de noche,

cuando frecuentemente Diana presentaba síntomas como contracciones, sin inicios de trabajo de parto.

Elsa. Joven de 17 años residente en la Delegación Tlalpan, fue localizada en el área de hospitalización de un hospital público a las 35SDG por infección en vías urinarias y antecedente de anemia. Mujer de complexión media, tez morena, lentes, cabello ondulado negro y suelto a la cintura, asemeja movimientos difíciles para sentarse e incorporarse de su asiento, se toca la espalda constantemente, de facies serias la mayor parte del tiempo. Su ex pareja, ex amigo de su hermano, rechazó su paternidad en reiteradas ocasiones.

Actualmente es estudiante de bachillerato, empleada informal en una tienda cercana a su domicilio hasta hace un mes, el cansancio de la gestación le hizo dejar de ir y para no perder el empleo, su madre va en su lugar. Platica con orgullo la cantidad de horas que tarda en llegar a la clínica (dos horas) para ser atendida.

No cuenta con automóvil, sin embargo, la zona donde radica tiene accesibilidad a diversas rutas de transporte público. La entrevista formal fue llevada a cabo en su hogar a las 37SDG, se realizó a solas en la sala de su hogar. Hasta que, la madre llegó de la escuela con su media hermana e intervino en la entrevista a pesar de las especificaciones previamente, especialmente la madre intervenía cuando los discursos daban pie a llanto en Elsa. Para una segunda entrevista se procuró la privacidad durante toda la grabación.

Ella se considera atea, sin embargo, su familia es católica. Se observan grandes imágenes y fotografías por la casa, tanto familiares como religiosas. Elsa vive en una familia compuesta. Su madre fue soltera, la tuvo a ella y a su hermano mayor, ahora tiene un padrastro y media hermana.

El espacio físico de su casa está separado a otras dos casas que comparten un patio, una es de su abuela y tíos. Su casa es de tres pisos, cuenta con luz eléctrica, gas, aparatos electrodomésticos como refrigerador y micro ondas, computadora de escritorio y laptop, modem con internet, teléfono.

Flor. Joven de 16 años residente de Gustavo A. Madero, fue localizada fuera de un hospital público de ginecología. Su madre y ella aceptaron su participación en el estudio.

Flor es una chica de tez morena, delgada, de sonrisa amplia. La entrevista formal audiograbada fue llevada a cabo en su hogar y en un restaurante cerca al hospital donde llevó su consulta prenatal, cuando ella tenía 36.5SDG.

Existió contacto previo y posterior a las entrevistas formales, acompañándola a consulta prenatal. Actualmente es estudiante de bachillerato, vive con su padre, madre, hermano y hermana. Su nivel socioeconómico es bajo.

La familia se turnaba para acompañarla a consultas, no permitían que fuera sola. Inició vida sexual activa sin el uso de métodos anticonceptivos, tenía la creencia de no poder embarazarse luego de los primeros contactos sin resultados positivos. Al enterarse de su condición de gestante, su ex pareja le sugiere un aborto, ella se niega y él la abandona.