

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RELACIONES
INDUSTRIALES Y CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



**“PERCEPCIÓN DE PROYECTO DE VIDA EN MADRES
ADOLESCENTES DE UN DISTRITO DE AREQUIPA”**

Tesis presentada por el Bachiller
**AGUSTIN SANDRO
SÁNCHEZ PUMARAYME**
Para optar el Título Profesional de
Psicólogo

Asesor: Ps. Guillermo Villasante Benavides

AREQUIPA - PERÚ

2018

DEDICATORIA

*A mi madre, Maricela Yudi, mujer valiente y luchadora;
A mi padre, Miguel Sánchez, a pesar de las circunstancias
estuvo presente; a mis hermanos, en cada curiosidad me
retornan a mi niñez.*

*A mis tíos Fany y Froilán, mis primos; quienes me hicieron
conocer el mundo desde otra perspectiva.*

*A la vida, que me dio la oportunidad de leer sus páginas que
otros no pueden.*

*A mis amigos y a aquellos que integran mi pequeña lista de
personas especiales e importantes en mi vida, siempre lo
serás.*

*A todas aquellas personas pobres materiales, pero
abundantes en sinceridad y amor.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien estuvo siempre presente, al niño Jesús que me permite danzarle.

A mi familia, por brindarme todo el apoyo y soporte.

Aquellos quienes compartieron su sabiduría durante mi formación profesional, orientaron y forjaron al quién ahora escribe estas líneas; mis docentes de toda la vida.

A las personas que me apoyaron de manera incondicional, personas especiales que siempre estarán presentes en mi memoria, vida y corazón, sin ustedes mi vida no hubiese sido gratificante.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo comprender la percepción de proyecto de vida de madres adolescentes con edades entre 14 – 20 años de un distrito de Arequipa. Fueron 06 madres adolescentes pertenecientes al estrato socioeconómico bajo y medio quienes participaron como sujetos informantes. El presente estudio fue abordado desde el enfoque de la investigación cualitativa, basada en el método fenomenológico; la recolección de la información se llevó a cabo mediante la entrevista en profundidad y encuesta sociodemográfica. Los resultados mostraron que las adolescentes antes de ser madres mantenían una configuración lógica de su proyecto de vida, sin embargo, ésta se tiene que reajustar debido a su nueva condición, no obstante, permanecen los deseos de lograr sus objetivos académicos, personales y laborales; los pensamientos y emociones que experimentan ya sean favorables o negativos van a depender del apoyo y aceptación de la familia y de la pareja de la madre adolescente; el significado primordial que le atribuyen a ser madre es de gran responsabilidad. La dinámica familiar y un soporte familiar inadecuado estarían generando la incidencia de la maternidad precoz. La reacción de los padres ante la situación de sus hijas transita desde el enojo y decepción hasta el apoyo y resguardo familiar. Es importante mencionar que las participantes solicitan apoyo y orientación por parte de las instituciones locales, regionales y nacionales en temas de capacitación en algún oficio, además de temas de educación sexual.

Palabras clave: Madres Adolescentes, Proyecto de Vida

ABSTRACT

The objective of this research is to understand the perception of the life project of adolescent mothers aged between 14 and 20 years in a district of Arequipa. There were 06 adolescent mothers belonging to the low and middle socioeconomic stratum who participated as informant subjects. The present study was approached from the qualitative research approach, based on the phenomenological method; the collection of the information was carried out through the in-depth interview and socio-demographic survey. The results showed that adolescents before being mothers maintained a logical configuration of their life project, however, this has to be readjusted due to their new condition, however, the desire to achieve their academic, personal and work goals remains; the thoughts and emotions that they experience, whether favorable or negative, will depend on the support and acceptance of the family and the couple of the adolescent mother; The primordial meaning that they attribute to being a mother is a great responsibility. Family dynamics and inadequate family support would be generating the incidence of early motherhood. The parents' reaction to the situation of their daughters goes from anger and disappointment to support and family protection. It is important to mention that the participants request support and guidance from local, regional and national institutions in training topics in some trade, as well as sexual education issues.

Keywords: Adolescent Mothers, Life Project

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I CONSIDERACIONES GENERALES

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	8
2. OJETIVOS.....	9
A. OBJETIVO GENERAL.....	9
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
3. HIPÓTESIS HEURÍSTICA.....	9
4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	9
5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	12
6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	13
7. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	13
8. UNIDADES DE ANÁLISIS/ CATEGORÍAS	19
9. DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS	20
Adolescencia.....	20
Madres Adolescentes.....	21

Proyecto de Vida	21
Percepción	22
Percepción de Proyecto de Vida:	23

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

ADOLESCENCIA.....	24
1. DEFINICIÓN.....	24
1.1 Definición etimológica:.....	25
1.2 Definición cronológica.....	25
1.3 Qué entendemos entonces por adolescencia.....	26
2. ETAPAS Y CARÁCTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA	28
2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA (entre los 10 – 12 años) o (10 – 14 años).....	29
A. LA PUBERTAD Y EL DESARROLLO BIOLÓGICO/FÍSICO	29
B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	31
C. ASPECTOS EMOCIONALES	32
D. ASPECTOS SOCIALES	33
E. CAMBIOS EN LA AUTOIMAGEN.....	35
F. RELACIÓN CON LOS PADRES Y LA FAMILIA.....	36
G. RELACIONES INTERPERSONALES CON LOS AMIGOS O EL GRUPO DE PARES	37
2.2 ADOLESCENCIA MEDIA (14 – 15 años) (14 – 17 años).	39
El primer desafío evolutivo, manejo de la sexualidad.....	39
Segundo desafío, toma de decisiones morales	40
El tercer desafío evolutivo, nuevas relaciones con los pares	40
El cuarto y último desafío, equilibrio entre la autonomía y responsabilidad	40

2.3 ADOLESCENCIA TARDÍA (17 – 18 años) o (15 – 19 años), (17 – 21 años).....	41
A. CAMBIOS EN LA AUTOIMAGEN.....	41
B. RELACIÓN CON LOS PADRES	42
C. RELACIONES INTERPERSONALES CON EL GRUPO DE PARES.....	42
D. TERMINACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.....	43
3. ADOLESCENCIA Y BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD	43
SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.....	45
1. CONCEPTOS BÁSICOS	45
1.1 Sexo.....	45
1.2 Sexualidad	45
1.3 Género	46
1.4 Orientación sexual.....	46
1.5 Actividad sexual.....	46
2. ASPECTOS A CONSIDERAR	46
2.1 ELEMENTOS INTEGRANTES DE LA SEXUALIDAD	46
La reproductividad	47
El género	47
El erotismo	47
El vínculo afectivo en la adolescencia	48
2.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS	48
2.3 ASPECTOS SOCIALES	48
A. Clase social	50
B. El grupo cultural al que pertenecen	50
C. La educación	51
D. La religiosidad	51
2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS	51
2.5 INICIO TEMPRANO DE LAS RELACIONES SEXUALES.....	53

El enamoramiento en la adolescencia	54
EDUCACIÓN SEXUAL	54
1. DEFINICIÓN	54
2. CARACTERÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	56
3. EDUCACIÓN FORMAL E INFORMAL	57
Educación informal	57
Educación formal	58
4. DERECHOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	58
DECLARACION DE LOS DERECHOS SEXUALES ASOCIACION MUNDIAL DE SEXOLOGIA (WAS)	58
MADRE ADOLESCENTE	60
1. MADRE ADOLESCENTE	60
DEFINICION	60
2. ESTADÍSTICAS SOBRE MATERNIDAD ADOLESCENTE	61
2.1 A NIVEL MUNDIAL	61
2.2 EN EL PERÚ	62
Población femenina, mujeres en edad fértil y adolescentes	62
Fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, alguna vez embarazadas	62
Fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, según área de residencia y región natural	63
3. INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA....	63
Mujeres	63
Varones	64
4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CAUSANTES DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN EL PERÚ	64
A. Nivel educativo	64
B. Condición socioeconómica	65
C. Estado conyugal.....	65

D.	Acceso a seguro de salud	65
E.	Uso de métodos anticonceptivos	65
F.	Acceso a servicios básicos en las viviendas de las madres adolescentes .	66
G.	Madres adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas	66
H.	Experiencia de violencia	67
5.	ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE	67
6.	FACTORES PREDISPONENTES	69
	FACTORES FAMILIARES.....	69
	FACTORES EDUCATIVOS	70
	FACTORES EMOCIONALES QUE SE PRESENTAN EN LA ADOLESCENTE	70
	EMBARAZADA	70
	FACTORES SOCIALES Y CULTURALES	71
	PROYECTO DE VIDA.....	72
1.	DEFINICIÓN	72
2.	CARACTERÍSTICAS	74
3.	FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA	75
A.	INFLUENCIA PERSONAL	75
B.	INFLUENCIA FAMILIAR	76
C.	INFLUENCIA SOCIAL	77
D.	LOS IDEALES	78

CAPÍTULO III

MARCO EPISTÉMICO – METODOLÓGICO

1.	EL PARADIGMA.....	79
2.	EL MÉTODO	81
3.	SUJETOS DE INVESTIGACIÓN	81

4. PARTICIPANTES	82
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	82
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	82
5. TIPO DE MUESTREO.....	85
6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	85
Entrevista	86
Encuesta sociodemográfica	86
LA ENTREVISTA.....	87
La entrevista en profundidad	87
Fases de la entrevista en profundidad:	89
7. TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	89
1. ETAPA PREVIA: CLARIFICACIÓN DE PRESUPUESTOS	90
2. ETAPA DESCRIPTIVA:.....	90
PRIMER PASO: elección de la técnica o procedimiento apropiados	90
SEGUNDO PASO: realización de la entrevista.....	91
TERCER PASO: elaboración de la descripción protocolar.....	92
3. ETAPA ESTRUCTURAL	93
Categorización:.....	94
Estructuración.....	95
Triangulación:	95
Contrastación:.....	96
8. PROCEDIMIENTO	97

CAPÍTULO IV

EXCAVANDO EN LOS DESCUBRIMIENTOS

Análisis e Interpretación de los Hallazgos	99
CATEGORIZACIÓN.....	100

ESTRUCTURACIÓN GENERAL Y TRIANGULACIÓN.....	104
CATEGORÍA PROYECTO DE VIDA.....	104
CATEGORÍA PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LA MADRE ADOLESCENTE	107
CATEGORÍA SIGNIFICADO DE MATERNIDAD ADOLESCENTE	109
CATEGORÍA POSIBLES MOTIVACIONES Y/O CAUSAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE.....	111
CATEGORÍAS REACCIÓN DE LOS PADRES Y PAREJA SENTIMENTAL/SEXUAL ANTE LA SITUACIÓN.....	113
CATEGORÍAS ASPECTOS SOCIALES Y DE EDUCACIÓN SEXUAL	116
CONTRASTACIÓN – DISCUSIÓN.....	119
CONCLUSIONES.....	129
SUGERENCIAS	133
BIBLIOGRAFÍA.....	134
ANEXOS.....	142
Anexo N° 1: EJEMPLAR CATEGORIZACIÓN.....	143
ANEXO N°3: GUÍA DE ENTREVISTA.....	150
ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	152
ESTUDIO DE CASO	153

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1: Adolescencia clasificación.....</i>	26
<i>Tabla 2: Datos sociodemográficos.....</i>	83
<i>Tabla 3: Aspectos relacionados a la maternidad adolescente.....</i>	84
<i>Tabla 4: Resultados de categorización, informante 1ROCA.....</i>	100
<i>Tabla 5: Resultados de categorización, informante 2 ELHU.....</i>	101
<i>Tabla 6: Resultados de categorización, Informante 3 EVSA</i>	101
<i>Tabla 7: Resultados de categorización, informante 4 FILLE.....</i>	102
<i>Tabla 8: Resultados de categorización, informante 5 LLILLA.....</i>	102
<i>Tabla 9: Resultados de categorización, informante 6 MAEL</i>	103

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1: Regulación del inicio y progresión de la pubertad humana</i>	30
<i>Figura 2: Concepto de educación sexual.....</i>	55
<i>Figura 3: Concepto de educación sexual.....</i>	55
<i>Figura 4: Determinantes intermedios y próximos en el embarazo adolescente.....</i>	72
<i>Figura 5: Estructuración, proyecto de vida.....</i>	104
<i>Figura 6: Estructuración, pensamientos y emociones</i>	107
<i>Figura 7: Estructuración, significado de maternidad adolescente</i>	109
<i>Figura 8: Estructuración, posibles motivaciones y/o causas.....</i>	111
<i>Figura 9: Estructuración, reacción de los padres y pareja sentimental/sexual</i>	113
<i>Figura 10: Estructuración, aspectos sociales y de educación sexual.....</i>	116

INTRODUCCIÓN

El ser humano, un ser racional, pensante, analítico; que busca de manera constante adaptarse al entorno social, así mismo adaptar ese mismo entorno acorde a sus necesidades y aspiraciones, busca de manera regular realizar actividades que favorezcan su desarrollo personal y social, de modo que pueda estar en competencia con el resto del grupo; desde la infancia nos enfrentamos a distintos retos que el medio nos propone, para enfrentar aquellos retos muchos de nuestras acciones deben ser planificadas, *proyectadas*, y de hecho plasmadas en un plan de acción; como consecuencia, y al ejecutar el plan habremos logrado gran porcentaje de los resultados esperados con las que el niño, adolescente, adulto se sentirá satisfecho.

Sin embargo, qué pasa si al momento previo o durante la ejecución del plan se nos presenta dificultades o tal vez algún impedimento para continuar nuestro plan de acción; tal vez se asomarían sentimientos de frustración, sentimientos de minusvalía, incompetencia, entre otros; o por el contrario sería una fuerte motivación para continuar, reelaborar, reestructurar y continuar con el plan previsto. Se puede afirmar en base a las distintas investigaciones realizadas acerca del proceso de afrontamiento frente a situaciones difíciles que: existen diferentes factores que van a coadyuvar o dificultar al afrontamiento de las diferentes situaciones problemáticas a las que el ser humano tiene que plantear soluciones.

En las distintas etapas de vida del ser humano; infancia, niñez, pubertad, adolescencia, adulterz y senectud; se plantea propósitos para su vida, a los que se llaman proyectos de vida, evidentemente dichos proyectos van a diferir en su contenido y consistencia de acuerdo a la etapa de vida en la que se encuentra su autor; en los niños aquellos propósitos serán poco trascendentales pero no menos importantes, esto debido a su corta edad asimismo, por la falta de madurez cognitiva que implica la capacidad de análisis, pensamiento, entre otros aspectos madurativos de la cognición. Contrariamente en la etapa de la adolescencia los proyectos de vida ya tienen gran porcentaje de importancia en la vida del nuevo adulto en transición.

El proyecto de vida es un plan elaborado a futuro, son las aspiraciones o propósitos que una persona quiere alcanzar con la finalidad de satisfacer necesidades o demandas sociales en distintas etapas de su vida. Este proyecto de vida puede incluir objetivos a corto, mediano o largo plazo. Aracena, Benavente y Cameratti (citado en Salvatierra, 2005) considera que, “el proyecto de vida es lo que una persona se propone hacer en distintas áreas a través del tiempo, con la intención de desarrollarse” (p. 144).

Es una construcción permanente que se nutre de las decisiones que se toman día a día, las que van abriendo o cerrando posibilidades para lograr la meta propuesta; Aracena et al., (citado en Salvatierra, 2005, p. 144).

Sin embargo estos proyectos de vida pueden ser obstaculizadas por distintas razones, factores como los riesgos psicosociales que se evidencian en la adolescencia; en el género femenino, uno de los riesgos que debe enfrentar es la alta posibilidad de quedar embarazadas y por lo tanto asumir la maternidad en la adolescencia, este riesgo suele incrementarse aún más si la adolescente pertenece a un grupo social medio/bajo; asimismo, las políticas de prevención y promoción de educación sexual o de salud no son las adecuadas o en consecuencia no se imparten a este grupo etáreo; también no se excluye la responsabilidad de los adolescentes, quienes pueden solicitar educación y medidas de prevención a los establecimientos de salud de su alcance.

El abrazo y por consiguiente maternidad adolescente es un proceso complejo en el que la mujer experimentará distintos cambios como son: cambios morfológicos, fisiológicos, psicológicos, emocionales, así mismo involucrará cambios en su dinámica social. La literatura afirma, si la mujer no está lo suficientemente madura, ya sea en aspectos físicos o psicológicos, estará predisposta a enfrentar un embarazo riesgoso. De modo que, cuando el embarazo ocurre en la adolescencia estos cambios se pueden percibir con mayor intensidad debido a que el proceso de madurez aún se encuentra inconclusa, riesgos como; a nivel fisiológico, psicológico, socioemocional, alteración en la dinámica familiar, cambios en su autopercepción, entre otros.

El embarazo adolescente es una problemática de carácter biopsicosocial, ya que interrumpe y desequilibra el proceso de desarrollo biológico, psicológico y social de la joven madre. Castelli et. al. (Citado en Salvatierra, 2005, p. 142).

Es en la etapa de la adolescencia que el individuo inicia con mayor intensidad a construir sus aspiraciones a futuro; busca encontrar su propia identidad respecto a quiénes son y qué quieren hacer en una vida futura, impulsado por la preocupación y constante presión social de encaminar su futuro en alguna actividad productiva.

La adolescencia es también la etapa de la vida en la que el ser humano experimenta distintos cambios a nivel biológico, psicológico y socioemocional. El término adolescencia proviene del Latín *adolescere*, el cual significa crecer/ madurar. La adolescencia es una etapa del ciclo vital donde se producen cambios significativos, pues en ella se sientan las bases de la identidad y del proyecto de vida de la persona; Aracena, Benavente y Cameratti (citado por Salvatierra, 2005, p. 143). La adolescencia constituye así una etapa

de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez (Moreno, 2015).

En nuestro país, la maternidad adolescente iniciada por la alta tasa de ocurrencia del embarazo en la adolescencia es una problemática que no se debe pasar por alto, estamos seguros que mucho de nosotros hemos sido conocedores del incremento de este fenómeno social, en nuestro barrio, comunidad, distrito, provincia; en alguna oportunidad habremos sido testigos de la presencia de una adolescente llevando en brazos a un nuevo ser, o tal vez una adolescente que trabaja de manera esporádica cargado de su hijo, situaciones en las que nos preguntamos ¿por qué esta adolescente a su corta edad es mamá, qué pasó, ahora qué será de su vida?, entre otras muchas interrogantes que podemos imaginar.

Es por ello que decidimos realizar el presente trabajo titulado “Percepción de Proyecto de Vida en Madres Adolescentes de un Distrito de Arequipa”; que tendrá como participantes a seis madres adolescentes con edades comprendidas entre 14 – 20 años; el estudio se desarrollará dentro del paradigma de la investigación cualitativa, ya que “...el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados” Punch (citado por Hernández, 2014, p. 358).

En consecuencia, el interés principal de esta investigación es comprender la percepción de proyecto de vida de madres adolescentes. Con los resultados y conclusiones a las que llegaremos en la presente investigación se pretende conocer más acerca de las vivencias y experiencias de este grupo social; asimismo, contribuir a la mejora e implementación de políticas adecuadas de salud pública que estén vinculadas a la prevención y promoción de una vida adolescente sin dificultades para el logro de sus proyectos de vida, así mismo, incentivar a la intervención oportuna y adecuada en este tipo de población con la finalidad de favorecer la resiliencia y desarrollo de las madres adolescentes respecto a la continuidad de sus proyectos de vida.

En este sentido el presente trabajo desarrollará cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera.

En el Capítulo I, “Introducción”, se da a conocer aspectos generales de la investigación en el apartado de introducción, seguidamente del planteamiento del problema el cual contiene, las preguntas de investigación, objetivo general y específicos, hipótesis heurística, justificación, importancia del estudio, limitaciones del estudio, unidades de análisis, antecedentes de investigación y finalmente definición de categorías.

En el Capítulo II, “Marco Teórico/Revisión de la Literatura”; en ella presentamos bases teóricas que van a ser útiles para identificar, definir y nutrir respecto a los conceptos claves en la presente investigación.

El Capítulo III, contiene la “Metodología” en el que se basa la investigación, reiteramos que abordaremos desde el paradigma cualitativo; tipo y diseño de investigación, nuestro estudio estará direccionado desde la perspectiva fenomenológica; población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y tratamiento de la información.

En el Capítulo IV, denominado “Excavando en los descubrimientos”, contiene el análisis e interpretación de la información recopilada mediante las técnicas de entrevista en profundidad y una breve encuesta sociodemográfica, el análisis se desarrollará principalmente mediante los procesos mentales de categorización, estructuración, triangulación y finalmente la contrastación; en la contrastación expondremos nuestros hallazgos teniendo en cuenta investigaciones que tengan el valor de antecedentes de la investigación; finalmente, contiene las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

“existen personas buenas que son malas y malas que son buenas; a las buenas sugiérele continuar su proceso, a las malas dales la oportunidad de conocer tu sabiduría”.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población mundial de adolescentes va en incremento constante y de manera considerable. El Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF, 2011); en una de sus publicaciones refiere que, en el 2009, 1200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituyan el 18% de la población mundial. Desde 1950, el número de adolescentes ha aumentado más del doble. La gran mayoría de adolescentes (el 88%) vive en países en desarrollo. En términos generales, uno de cada seis adolescentes vive en los países menos adelantados (p. 20).

El nivel social, económico y el estado de desarrollo de los países es también determinante en el incremento de este grupo etáreo; cabe mencionar que, en el mundo industrializado, los adolescentes sólo representan el 12% de la población, lo que refleja el marcado envejecimiento de Europa y en particular del Japón. Por el contrario, en África subsahariana, Asia meridional y los países menos adelantados, uno de cada cinco habitantes es adolescente (UNICEF, 2011, p. 20). Es decir que existe mayor población adolescente en países que aún están en proceso de desarrollo; en base a estas estadísticas podemos apreciar que en zonas rurales se encuentra considerable

cantidad de adolescentes, sin embargo, la UNICEF (2011) respecto a este punto afirma que; el incremento de la población adolescente es una tendencia que continuará intensificándose en las próximas décadas, cada vez habrá más adolescentes en las zonas urbanas. En 2009, el número de jóvenes de todo el mundo que vivían en esas zonas era de alrededor del 50%. En 2050, la proporción se elevará a casi el 70%, siendo los países en vías de desarrollo los que sufran un aumento mayor (p. 20).

En América Latina y el Caribe se estima que la población adolescente llegaba a unos 108 millones de adolescentes. Considerando la adolescencia, como etapa de la vida en que el adolescente experimenta cambios a nivel psicológico, emocional, social y, además de los cambios físico – biológicos; la joven se encuentra en plena búsqueda de su identidad y rol social; en el afán de adaptarse a su entorno también se encontrará con distintas dificultades y riesgos sociales que su mismo contexto le presenta, influyendo de esta manera en la alteración de la consecución de sus metas y objetivos. En la adolescente uno de los fenómenos sociales que se presenta como riesgo latente es la ocurrencia de la maternidad en esta etapa de la vida; distintos factores incrementan este problema social así como la falta de educación sexual, déficit de soporte emocional en el grupo familiar, influencia de sus pares, condición socioeconómica baja, nivel educativo, actitudes irresponsables de parte de los adolescentes, entre otros.

El embarazo/maternidad en la adolescencia influye en la vida de la joven debido a que aún no ha adquirido la madurez biológica, física y psicológica suficiente; así mismo, las adolescentes recién se están iniciando en la consecución de propósitos de vida. Se observa en nuestro entorno que una madre adolescente tiene que suspender o en muchos casos debe reemplazar sus proyectos, aspiraciones y propósitos de vida por el cuidado de su hijo y los cambios en la dinámica de vida que llevará en adelante, deberá asumir nuevas responsabilidades. Es decir, la forma de ver la vida incluyendo sus proyectos ya no será la misma, a no ser que dentro de su proyecto de vida el ser madre en esta etapa haya estado considerado; sin embargo, aún en estas circunstancias, la maternidad adolescente y su estilo de vida estará expuesta a dificultades en el camino que lo dirige hacia sus metas.

La maternidad en la adolescencia constituye una problemática actual de trascendencia mundial, involucra el bienestar psicológico, social, la salud pública y reproductiva de las madres que conciben en esta etapa de la vida. En su gran mayoría de estos embarazos suelen ser considerados de riesgo elevado no sólo por las repercusiones que tiene en la salud de la madre adolescente y la de su hijo, sino que también por las

implicaciones que tiene en aspectos socioculturales, psicológicas, emocionales y económicas las mismas que conllevan un coste personal, educacional, familiar y social elevado.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos, para ser exactos el 95% de los embarazos se da en países de ingresos medios y bajos. Así mismo advierte que los riesgos respecto a la salud de las madres y la de sus hijos es como sigue; las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo, anualmente, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos, finalmente, los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú (INEI, 2016), la maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años y en la última década, se viene incrementando el número de madres menores a 15 años de edad, lo cual es una gran preocupación, pues, las adolescentes están expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad como deterioro de su salud, deserción escolar, enfrentar dificultades para acceder a trabajos remunerados, e incluso mortalidad materna (p. 3).

Así mismo afirma, en el año 2016, la población femenina asciende a 15 millones 716 mil, siendo las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años 8 millones 397 mil, representando el 53,4% del total de la población femenina. Las mujeres adolescentes de 12 a 19 años constituyen 2 millones 279, que equivalen al 14,5% de la población de mujeres (INEI, 2016, p. 5).

En mi experiencia, estadía y trabajo como practicante de psicología en uno de los establecimientos de salud del distrito de Hunter provincia de Arequipa, pude observar y detectar la presencia de madres adolescentes, unas ya habiendo dado a luz y otras en etapa de gestación. De modo que captaron mi atención para la investigación respecto a las estadísticas en el Perú acerca de este fenómeno social, datos que ya se especificaron líneas atrás, los mismos me motivaron aún más para conocer e indagar acerca de la problemática dándole un enfoque psicológico. En algunas entrevistas y observaciones que sostuve ya sea dentro del establecimiento de salud o fuera de ella; las madres adolescentes y/o conocidos de ella o conocedores de adolescentes en estas condiciones afirmaban que; en algunos casos habían dejado

de asistir a sus centros educativos, consideraban que su futuro ya estaba arruinado, no podían acceder a trabajos debido a la vigilancia y cuidado de su bebé, no recibían el apoyo y respaldo de sus padres o enamorados, entre otras afirmaciones que no eran nada favorables para una percepción prometedora de sus proyectos de vida.

Las repercusiones y/o dificultades de la maternidad adolescente no es sólo para la joven madre, sino que también para el nuevo ser que tendrá en brazos; entre ellos se puede presentar dificultades en el embarazo ya sea por causas psicológicas, emocionales, nutricionales, y otros, que puedan en un futuro próximo o lejano afectar en distintos aspectos a la criatura que fue concebido en estas circunstancias. Se han identificado complicaciones durante el parto de una madre adolescente que van desde un bebé prematuro hasta complicaciones que dejan secuelas físicas y/o psicológicas permanentes. Complicaciones que tienen como causa fundamental el estado físico y psicológico no apto para la concepción en esta etapa de la adolescencia. Así mismo las consecuencias post parto, no son nada agradables para la madre y el niño; tenemos como ejemplo, si el niño al momento del parto no presentó signos de respiración en el momento indicado o ésta demoró en manifestarse, ocasiona daños a nivel cerebral a falta de oxigenación; durante su vida académica se manifestará en las dificultades para el aprendizaje de algunas o varias asignaturas.

Siendo la maternidad en la adolescencia un fenómeno de interés social, y considerado como un factor que influye de manera negativa en la consecución de propósitos plasmados en los proyectos de vida, así mismo la percepción del mismo. El presente trabajo pretende, comprender la percepción de proyecto de vida de madres adolescentes con edades comprendidas entre 14 – 20 años.

Con la finalidad de comprender y conocer la forma de pensar, sentir y vivenciar de las adolescentes en estas condiciones; así mismo de fomentar la elaboración e implementación de programas preventivos promocionales para la disminución de la maternidad adolescente, atención oportuna referido a la orientación de las madres adolescentes, fomentar la implementación de programas de desarrollo con este grupo social por parte de las instituciones locales, regionales y nacionales; y, generar nuevos conocimientos para la comprensión de este grupo social como son las madres adolescentes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera perciben su proyecto de vida las madres adolescentes con edades comprendidas entre 14 – 20 años?

2. OJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Comprender la percepción de proyecto de vida de madres adolescentes con edades comprendidas entre 14 – 20 años.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las características sociodemográficas teniendo en cuenta la edad, estado civil, nivel socioeconómico, grado de instrucción; y aspectos relacionados a la maternidad adolescente, como el inicio de las relaciones sexuales, planificación de embarazo, tipo de familia, tipo de relación familiar y conocimientos de métodos anticonceptivos.
- Comprender los cambios en las emociones y pensamiento futuro de vida.
- Interpretar el significado que atribuyen las participantes a ser madre en la adolescencia.
- Conocer las posibles motivaciones y/o causantes de la maternidad adolescente.
- Conocer las reacciones de los padres respecto a su nueva condición de su hija.
- Conocer las reacciones de la pareja sentimental/sexual de las adolescentes respecto a la nueva condición de madre.

3. HIPÓTESIS HEURÍSTICA

Un significado positivo atribuido a la maternidad adolescente, pensamientos de continuidad en la consecución de metas de vida vinculado con emociones motivadoras de empoderamiento para la persecución de objetivos; actitudes de respaldo y apoyo por parte de los padres y parejas sentimentales/sexuales, así mismo las condiciones sociodemográficas favorecen a una percepción positiva y alcanzable de proyecto de vida en las madres adolescentes.

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El fenómeno del embarazo en la adolescencia es una de las temáticas urgentes a abordar, es un problema de trascendencia en la salud pública y ámbito social, afecta de manera directa en el desarrollo y ejecución del proyecto de vida de las adolescentes que enfrentan estas condiciones, desequilibrando el bienestar psicológico, emocional

y social de la madre adolescente, así mismo altera la percepción a cerca de su vida en futuro. Las condiciones socioculturales se constituyen como factores importantes que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos medios y bajos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

La OMS, considera que el embarazo en la adolescencia es, aquella gestación que ocurre durante los primeros años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental; convirtiéndola en madre en esta etapa de la vida. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad.

Respecto a las estadísticas de embarazos en la adolescencia tenemos que; a nivel mundial al menos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos OMS (2018).

La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años y en la última década, se viene incrementando el número de madres menores a 15 años de edad (INEI, 2016, p. 3).

Debido a las alarmantes estadísticas respecto al fenómeno de la maternidad en la adolescencia y, la necesidad de conocer y comprender esta problemática que va en incremento es necesario la realización del presente estudio, el que se justifica por las siguientes razones.

Conveniencia del estudio; por las consideraciones relatadas anteriormente, es conveniente realizar el presente estudio; es en la etapa de la adolescencia donde inicia el camino para lograr concretizar el proyecto de vida; en dicha etapa la identidad y autonomía del adolescente se va formando piensan en quiénes son y qué quieren hacer, el estudio es un proyecto central en la vida. Sin embargo, en muchas ocasiones estas aspiraciones se ven interrumpidas, como es en el caso de las mujeres, por el embarazo prematuro; prescindiendo la actitud maternal como principal, desplazando así al estudio o desarrollo personal.

El presente estudio pretende comprender el fenómeno de la maternidad adolescente con el fin de establecer acciones oportunas para la prevención en su ocurrencia, intervención y apoyo adecuado para las madres adolescentes.

Relevancia social; siendo la maternidad adolescente un fenómeno de carácter social que involucra la salud pública, bienestar psicológico, social, emocional, y económico de la madre adolescente. El presente estudio beneficiará principalmente a aquellas madres en esta condición, la presente tiene como finalidad sensibilizar, mediante un informe oral y/o escrito, a las instituciones del sector salud, educación y social respecto a las conclusiones a las que hemos llegado, de modo que puedan brindar atención, apoyo y orientación oportuna y adecuada a este tipo de población.

Implicancias prácticas; el incremento de madres adolescentes en el mundo y el Perú se ha intensificado de manera considerable, hoy en día es una necesidad disminuir la cantidad de madres adolescentes en el país, no es sólo el fenómeno de la maternidad adolescente la que se tiene que disminuir o mejorar, sino que también los factores asociados a ellas; la condición económica, educación, acceso a educación sexual, entre otros.

Las madres adolescentes, en esta condición han alterado su percepción acerca de sus proyectos de vida, la ven con más dificultad, aparecen sentimientos de frustración, autoestima baja, enfrentan situaciones de abandono de parte de sus padres y también en muchos casos el de su pareja sexual. De modo que requieren atención especializada, inmediata y oportuna; necesitan también apoyo social de parte de instituciones estatales u otras instituciones sin fines de lucro, éstas deberán brindar orientación respecto a las nuevas alternativas y rumbos que debe seguir para continuar con sus proyectos de vida.

Las instituciones estatales deberán sensibilizarse a conciencia con este fenómeno y brindar o implementar políticas y programas de salud, sociales, orientación, apoyo y desarrollo de la madre adolescente; si se logra esto se contribuye al freno de este fenómeno que día a día aqueja a muchas adolescentes en nuestro país.

Valor teórico; muy poco son los estudios que reportan la realidad de las adolescentes madres desde sus experiencias de vida, si consideraron la posibilidad de tener un hijo o hija en este periodo del desarrollo, los cambios producidos en su proyecto de vida, cómo asumen las adolescentes su rol de madres. El presente estudio se realizará desde la perspectiva cualitativa; basado en el método fenomenológico, conoceremos cómo viven, perciben, experimentan, qué emociones y cambios enfrentan; ya que fundamentalmente la riqueza de este tipo de estudios radica en la comprensión e interpretación de experiencias y vivencias de las protagonistas. En este sentido, el

aporte del presente estudio servirá de apoyo a futuros estudios con proyecciones similares en nuestro ámbito social.

5. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La importancia del presente estudio radica en la problemática actual, fenómeno de la maternidad en la adolescencia, el incremento en la ocurrencia de este problema ha arrojado datos estadísticos considerables que captan la atención de la población; así como también de los investigadores quiénes tratan de conocer más acerca de la dinámica, factores, circunstancias, acciones, consecuencias y, sobre todo comprender el problema desde una perspectiva humanística más que sólo números.

En nuestra región y país no se ha reportado muchos estudios acerca del problema que se plantea en esta investigación, sin embargo, cabe mencionar que entidades estatales inician a mostrar interés, prueba de ello son los reportes estadísticos del INEI en el 2016, en la que se muestran cifras que van incrementándose año tras año de modo que es preocupante, no es simplemente la maternidad en la adolescencia, sino también las consecuencias/dificultades en lo personal (proyecto de vida), social, educativo, económico, salud, entre otros asuntos desfavorables para la adolescente madre, hijo (a) y sociedad.

Como venimos mencionando hay pocos estudios abordados del tema en cuestión; en consecuencia, proponemos abordar la temática desde la *perspectiva o enfoque cualitativo de investigación* basada en el estudio *fenomenológico*; que en rasgos generales tiene como finalidad el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre, en este caso de las madres adolescentes participantes. En la fenomenología, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno (categorías que comparten en relación a éste), Creswell (citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 493).

Por tales razones consideramos importante la realización de este estudio, ello nos permitirá, conocer, comprender las experiencias y vivencias de su mundo interior psíquico respecto a la forma de percepción de proyecto de vida de las madres adolescentes. Los resultados nos permitirán abordar el problema de manera más eficiente y eficaz, fomentando el desarrollo e implementación de programas de promoción – prevención de este problema, programas de orientación y desarrollo personal – social de las adolescentes madres; así mismo favorecerá el accionar oportuno del profesional psicólogo, otros profesionales de la salud, entidades públicas,

privadas y personajes vinculados al círculo social de las madres adolescentes quiénes son los principales agentes que coadyuvarán para la percepción de una vida futura menos caótica para las adolescentes en estas condiciones.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones del presente estudio está referida a la poca cantidad de información bibliográfica con la que cuenta la temática de estudio; del mismo modo en nuestra región y país no se han reportado muchas investigaciones relacionados a nuestro tema de investigación. Exponiéndonos a un terreno desconocido, pero con riquezas en información para reforzar y generar nuevos conocimientos.

Al ser una investigación que se realizará desde el enfoque cualitativo basada en el método fenomenológico, la muestra se caracteriza por ser no cuantiosa estará conformada por seis madres adolescentes, nuestro objetivo no es generalizar los resultados sino tener conocimiento profundo acerca de la percepción del proyecto de vida de las madres adolescentes. Es decir que las conclusiones serán válidas sólo para la muestra que se tomó en el presente estudio.

Otra de las limitaciones que enfrentará el presente estudio es el acceso y contacto con las madres adolescentes para la realización de entrevistas, debido a que no suelen aproximarse continuamente al establecimiento de salud; para ello se realizarán coordinaciones con la encargada del establecimiento con la finalidad de brindarnos información acerca de las direcciones de vivienda de las participantes seleccionadas, así mismo la autorización correspondiente para realizar la entrevista.

7. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio pretende conocer aspectos que aún han sido poco explorados, al menos en nuestro medio, aspectos como las vivencias, experiencias, sentimientos, pensamientos y emociones en adolescentes que son madres en esta etapa de la vida. De modo que es un terreno poco explorado en cuanto a investigaciones; sin embargo, citaremos a continuación estudios similares las que se relacionan con el presente estudio, aquellos nos darán una perspectiva acerca del conocimiento actual de la problemática que planteamos.

Un primer estudio, realizado por Bermúdez Rodríguez, Gómez Cuevas, Miranda Arrieta y Zúñiga Cuadro (2013), llevado a cabo en el corregimiento de la Boquilla, Cartagena, Colombia; tuvo como principal interés conocer la capacidad que tienen las

adolescentes madres para enfrentar la vida, superar la adversidad y encontrar alternativas para alcanzar sus sueños y expectativas para salir adelante con su bebé.

El estudio se realizó dentro del enfoque cualitativo según el método fenomenológico, y cuantitativo. La población estuvo constituida por un grupo de madres adolescentes entre 14-18 años de edad del Corregimiento de La Boquilla. El tipo de muestra fue por conveniencia, por lo tanto, la muestra fue de 10 madres adolescentes, se utilizó como técnicas de recolección de datos la entrevista estructurada y las historias de vida.

El objetivo general que persiguió este estudio fue; analizar la percepción de madres adolescentes entre 14-18 años de edad sobre su proyecto de vida, mediante entrevistas e historias de vida. Sus objetivos específicos; primero: describir las características sociodemográficas de la muestra en estudio teniendo en cuenta el nivel socioeconómico, edad, menarquía, estado civil, nivel de escolaridad que tienen las madres adolescentes; segundo identificar la estructura familiar teniendo en cuenta el tipo de relación, reacciones ante el embarazo, expectativas y proyecto de vida; tercero: describir mediante las experiencias de vida de las madres adolescentes los cambios físicos y emocionales durante su embarazo.

Las conclusiones a las que llegaron en la presente investigación fueron las siguientes: En cuanto al nivel socioeconómico el 70% de la muestra en estudio pertenecían al estrato 1(condición económica baja). La edad que prevaleció fue de 18 años. La menarquía en esta población de presentó en su mayoría entre los 12 y 13 años. La unión libre fue el estado civil que prevaleció en el 80% de las participantes. En lo referente al nivel de escolaridad el 90% de las participantes poseen un nivel secundario. La edad mínima en que las participantes tuvieron su primer novio fue a los 9 años, Las 10 participantes tienen una buena relación con su grupo familiar.

La reacción del grupo familiar y su pareja ante el embarazo del adolescente fue de apoyo. De las 10 participantes 8 afirmaron que su embarazo no fue planeado. Las expectativas de las adolescentes antes de quedar embarazada era estudiar y obtener un título y aspirar a un trabajo acorde con su nivel académico. 9 de las 10 participantes desean retomar y culminar sus estudios secundarios. La reacción que tuvieron 3 de las participantes fue de alegría y de aceptación de maternidad. Las 10 participantes presentaron cambios visibles característicos del embarazo (aumento de peso, manchas en la piel, estrías, crecimiento de los senos). La maternidad en 7 de las participantes les sirvió de incentivo para asumir su rol como madres. 3 de las 10

madres adolescentes quieren retomar de manera personal el proyecto de vida que habían aplazado.

La maternidad durante el periodo de embarazo es vivenciada por la mayoría de las participantes, como una experiencia gratificante dado a que representa en ellas un evento vital relevante propio de su condición de mujer, como también implica la posibilidad de dar vida y participar en el desarrollo de su hijo (a).

La maternidad en las participantes implica no solo un cambio a nivel de su proyecto de vida tanto en el ámbito escolar como laboral; sino también cambios en su ciclo vital, en las relaciones interpersonales; y a nivel corporal.

La mayoría de las participantes asumieron su embarazo de manera positiva, esta aceptación es precedida por una etapa de crisis y conflicto tanto personal como familiar que se origina en el momento de conocer su condición de embarazo.

Las expectativas de las madres adolescentes que participaron de este estudio en cuanto a su futuro, es posible distinguir entre aquellas proyecciones que tienen como mujer y madre. En relación a la primera, las participantes señalaron querer continuar los estudios, trabajar para brindarles una calidad de vida a sus hijos. Como madre sus expectativas futuras difieren de la anterior y pretenden aspirar a formar una familia, tener casa propia, entregar al hijo (a) una experiencia más gratificante; y entre otras, ser una madre ejemplar.

Respecto a los obstaculizadores del proyecto de vida, algunas de las madres adolescentes que participaron mencionan la familia y la pareja como una fuente de conflictos interpersonales. Cabe anotar que un grupo minoritario de las madres adolescentes que participaron del proyecto no visualizan obstaculizadores para el desarrollo de su proyecto de vida, al contrario, tiene una visión muy positiva en relación a salir adelante y brindarle a su hijo un futuro próspero.

Un segundo estudio por Agurto Gálvez (2012), realizado en residentes de sectores vulnerables de la comuna de Cauquenes región del río Maule, Chile. La autora de este estudio considera que el embarazo y la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que impacta a las adolescentes en distintos ámbitos de su vida, tanto en una esfera personal como social.

El objetivo principal del estudio fue; comprender la construcción subjetiva de mujeres madres adolescentes acerca de su maternidad y proyecto de vida, residentes en sectores vulnerables de la comuna de Cauquenes; y **objetivos específicos** como

sigue: primero; reconstruir el significado subjetivo atribuido a la maternidad desde la mirada de madres adolescentes. Segundo; reconocer el proyecto de vida que tienen madres adolescentes. Tercero; interpretar la concepción de género que las mujeres tienen como madres adolescentes.

La metodología empleada para la consecución de sus fines del estudio se enmarcó dentro del enfoque cualitativo, abordada desde la perspectiva fenomenológica, para la recolección de los datos se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada. La muestra estuvo constituida por siete madres adolescentes entre 14 a 19 años de edad las que fueron invitadas a participar voluntariamente.

Dentro de las conclusiones a la que llegó el estudio, se destaca; la maternidad es integrada al proyecto de vida, la razón por la cual orientan todos sus esfuerzos, sacrificios y proyectos futuros, convirtiéndose la función materna en el gran motivo de sus vidas, a su vez implica la exigencia social que da sentido a la vida de la adolescente como mujer. Así mismo, para las adolescentes, la maternidad es asumida en un inicio con cierta resignación, como un acontecimiento que en la gran mayoría de los casos no fue planificado y que llega a cambiar de forma inesperada sus vidas. Si bien, en una etapa inicial, cuando se da a conocer la condición de embarazo se produce un período de crisis y conflicto, tanto personal como familiar, éste se produce por un corto lapso y es sucedido por un proceso de adaptación y ajuste a medida que las familias y parejas manifiestan su voluntad de apoyo frente al evento.

También concluye, que en algunos casos la familia de origen de la madre adolescente funciona como fuente de importante de seguridad al mostrarles apoyo; la maternidad representa la oportunidad de reparar una historia de vida familiar cargada de episodios altamente dolorosos en la vida de las adolescentes, por la presencia de factores de riesgo al interior de ella, como son las conductas de agresión, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol excesivo, entre otros. En tal sentido, la función materna, se ejercería como un elemento que permite llenar carencias afectivas personales, encontrar un propio sentido de vida, modificar comportamientos y hábitos de rebeldía que en algún momento formaron parte de la vida de las adolescentes.

Por otra parte, las madres adolescentes atribuyen el motivo de sus metas y desafíos a otras personas específicamente a su hijo/a. Cabe mencionar que las adolescentes en su gran mayoría han contado con un escaso apoyo y acompañamiento de parte de los padres de sus hijos/as, pues en el mejor de los casos, han tenido un soporte económico y material por parte de ellos; y valoran negativamente la figura masculina.

El proyecto de vida construido por todas las participantes, contempla el profundo deseo e interés en culminar sus estudios de enseñanza media, prepararse en algún oficio o profesión, de tal manera de contar con las herramientas necesarias para desarrollar alguna actividad laboral, por medio de la cual podrían satisfacer las necesidades materiales y económicas del hijo/a. Aparece como elemento de suma importancia en la construcción del proyecto de vida de las adolescentes, la adquisición de la casa propia.

Finalmente, la maternidad las desplaza de los ámbitos de socialización más amplios y en algunos casos limita sus posibilidades de desarrollo personal, formación e inserción en el ámbito educativo y en el mercado laboral.

Un tercer estudio realizado por Solis Álvarez (2013), tuvo como escenario el barrio San Pedro de la Costa, Concepción, Chile. Ésta hace hincapié a una de las problemáticas que se ha visto incrementado en sectores vulnerables o de condiciones económicas bajas, un fenómeno social llamado la maternidad en la adolescencia, el cual motivo a la preocupación de las autoridades del país vecino; los que reaccionaron implementando políticas de salud pública, involucrando a la educación como estrategia para no vulnerar el futuro de las adolescentes en estas condiciones.

Debido a su planteamiento, **el objetivo “uno”** de estudio de la investigación fue: caracterizar el proyecto familiar que visualizan las madres adolescentes del Barrio San Pedro de la Costa.

Los **objetivos específicos** que corresponden al objetivo “uno” como sigue; primero: identificar la eventual existencia de un proyecto de vida en pareja con el progenitor de su hijo/a; segundo: determinar la vinculación que tienen las madres con la crianza del hijo/a; y tercero: establecer la existencia de nexos con redes primarias.

Seguidamente un objetivo “dos”, describir los proyectos de vida que construyen las madres adolescentes del Barrio San Pedro de la Costa en los ámbitos laboral y escolar; cuyos **objetivos específicos** son como sigue; primero: identificar el comportamiento de las madres adolescentes con respecto a la continuidad de sus estudios. Segundo: Determinar las estrategias laborales que las madres adolescentes pretenden adoptar.

Del mismo modo el estudio sigue los paradigmas de la investigación cualitativa. El propósito de este estudio fue comprender por medio de la técnica de relatos de biográficos paralelos la experiencia de vida de éstas jóvenes dentro de su marco

referencia familiar, escolar y social, situándose en su mundo experiencial. La muestra estuvo conformada por cuatro adolescentes.

Las principales conclusiones a las que se arribaron fueron: según la información recogida por medio de las entrevistas se observa que las adolescentes comenzaron una actividad sexual activa entre los 14 y 16 años de edad; del mismo modo, según los datos recopilados en esta investigación se puede deducir que la gran mayoría de las jóvenes madres sostiene algún proyecto de vida y en cuanto a la escolaridad se plantea como una condición necesaria para cumplir sus metas materiales como su casa propia.

En los casos estudiados las adolescentes no mantenían una comunicación constante y de confianza con sus progenitores en cuanto a las problemáticas que ellas sostenían. Las madres adolescentes presentan dificultades objetivas y subjetivas para la construcción de proyectos de vida; Sin embargo, las adolescentes entrevistadas poseen proyectos de vida en cuanto a lo sentimental, educacional y laboral, y se mantiene bien definidos.

Las madres adolescentes, presentan un interés en la terminación de la enseñanza media, ya que este nivel educacional representa una gran satisfacción para ellas y para sus familiares, sin embargo, es el medio económico que dificulta la realización de este anhelo mas no el hecho de estar en la condición de madres. En esta motivación e interés por la continuidad de los estudios la familia cumple un rol fundamental, ya que el apoyo y el compañerismo que le aporta a la madre adolescente provoca un gran apoyo para la persecución de sus proyectos.

Un cuarto estudio por Calle Salazar (2015); realizado en Instituto Nacional Materno Perinatal Lima, Perú. Tuvo como **objetivo general**; analizar las percepciones de los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes. Sus **objetivos específicos**. **Primero**: determinar los factores biológicos individuales en cuanto a las edades vulnerables, el tipo de familia y la percepción de la figura paterna en la reincidencia del embarazo en adolescentes. **Segundo**: determinar las percepciones de los factores de ausencia de proyecto de vida en cuanto a la situación educacional y laboral actual en la reincidencia del embarazo en adolescentes. **Tercero**: determinar las percepciones de los factores de creencia y cultura familiar, en cuanto a la clasificación del periodo intergenésico, analizar el comportamiento y los riesgos frente al uso de métodos anticonceptivos, la percepción del embarazo actual, consecuencias

y motivaciones positivas/negativas asociadas a la reincidencia del embarazo en adolescentes.

Para tal fin el estudio se abordó desde el diseño metodológico mixto pragmático: cuantitativo y cualitativo simultáneamente, la muestra estuvo conformada por 120 mujeres de 10 a 19 años de edad.

Los principales resultados y conclusiones arrojadas por este estudio fueron los siguientes: la falta de la figura paterna y la falta de cariño conlleva en las adolescentes a buscar el refugio y la protección en la pareja actual y como consecuencia el embarazo.

En cuanto a la situación educacional, existe el riesgo nuevamente de la deserción escolar, el 82,5% de las adolescentes con reincidencia en el embarazo deciden no estudiar ni trabajar, ampliando las posibilidades de reproducir esquemas de familias pobres que conjugan con los problemas económicos y la falta de interés de trabajar o generar ingresos para satisfacer sus necesidades y las de su hijos/as.

En los casos en que las adolescentes buscaron el embarazo, se basan por la pérdida de su bebé y falta de amor de sus padres cuando eran niñas, perciben además la maternidad como una realización con la pareja para llegar a constituir una familia.

Las adolescentes perciben que la reincidencia del embarazo es un riesgo para su salud y la del bebé, perciben el riesgo desde un punto de vista de desarrollo físico ya que precisan que aún no han desarrollado lo suficiente para estar embarazadas y no están preparadas.

La percepción de las adolescentes frente al significado de oportunidad o dificultad del embarazo, perciben mayoritariamente una oportunidad, ya que muchas de ellas tienen el deseo de salir adelante, la superación de poder llegar a estudiar o seguir alguna carrera técnica o universitaria es un ideal para ellas.

8. UNIDADES DE ANÁLISIS/ CATEGORÍAS

- A. Madres adolescentes**
- B. Proyecto de vida**
- C. Percepción**
- D. Percepción de proyecto de vida**

9. DEFINICIÓN DE LAS UNIDADES DE ANÁLISIS

Adolescencia

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios; considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo, la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Por su parte, Nuñez (citado por Hermosa, 2012); define a la adolescencia a todo el periodo comprendido desde que comienza la preparación del organismo para la reproducción hasta que este se halla dispuesto para dicha función (p. 139). Es decir, una vez que la adolescente haya iniciado su etapa de menarca, primera menstruación, está en la “capacidad reproductiva”; sin embargo, no está completamente desarrollada ni capacitada para afrontar una nueva condición como es la maternidad; debido a su falta de madurez psicológica, emocional, física y otros factores que ocasionarían alteraciones a su bienestar integral. Además de los cambios biológicos, psicológicos; también se producen los cambios psicosociales, uno de ellos es la búsqueda y afirmación de la propia identidad, el cual es un proceso lento y progresivo que se inicia con el nacimiento.

Portilla (1997), considera que en la adolescencia la autonomía adquirida y la madurez corporal e intelectual, hacen que la identidad personal sea buscada conscientemente, es en esta etapa que nace el camino para responder a las interrogantes de: qué debo hacer, qué quiero hacer y qué esperan de mí los demás (p.120). Se inician a plantearse propósitos, metas y anhelos que desean alcanzar ya sea en un futuro cercano, mediano o lejano; estos, en muchos casos son guiados y motivados por sus habilidades en las que sobresalen, o simplemente de acuerdo a su propio criterio y en ocasiones por influencia del grupo de pares, mas no por apoyo de los padres o personas que puedan brindar una adecuada orientación.

UNICEF, 2012 (citado en García y Barragán, 2017) refiere que, en la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación,

para lo anterior, el individuo en esta etapa aún necesita apoyo: de la familia, la escuela y la sociedad, ya que la adolescencia sigue siendo una etapa de aprendizaje.

Madres Adolescentes

González, Rojas, Hernández y Olaiz (citados en Martínez y Waysel, 2009); define al embarazo en la adolescencia como “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen” (p. 263).

En otras palabras, el embarazo/maternidad adolescente es aquel fenómeno que se da en edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, etapa en la que los procesos de desarrollo biológico, psicológico, intelectual, social, moral; aún no han alcanzado la madurez suficiente para afrontar la situación de madres.

El embarazo y la *maternidad* en la adolescencia se constituyen como fenómenos sociales complejos, en el cual diversos factores parecen intervenir en su expresión. Amorín et al. (Citado en Silva y Leiva, 2013, p. 34); de modo que el embarazo en la adolescencia constituye un fenómeno de trascendencia biopsicosocial, en la que intervienen factores como el nivel de educación, condiciones económicas, ausencia de figuras paternas, falta de afecto en por parte de los miembros de la familia, entre otros.

Proyecto de Vida

El ser humano en este mundo busca constantemente adquirir un sentido a su propia existencia, esto le demanda constante preocupación respecto a qué actividades y propósitos debe seguir, en sí tenemos un sinfín de propósitos por alcanzar. Para ello es necesario tener un plan de vida o “proyecto de vida personal”.

D’Angelo, (1989) representa al proyecto de vida o plan de vida como el conjunto, “lo que el individuo quiere ser” y “lo que él va a hacer” en determinados momentos de su vida, así como las posibilidades de lograrlo.

Desempeña, una función de integración direccional, valorativa e instrumental, de las orientaciones de la personalidad, con los modos posibles de su realización concreta en la actividad, conservando la unidad de sentido general de toda la personalidad (Velázquez, 2002).

El proyecto de vida se puede diseñar a corto, mediano y largo plazo.

- Corto plazo: menos de un año.
- Mediano plazo: de uno a cinco años.

- Largo plazo: más de cinco años.

Un Proyecto de Vida incluye los elementos más importantes que deseas que haya en tu vida. Es un bosquejo de cómo quiero que sea mi vida, de qué quiero que haya en ella: relaciones, actividades, personas, lugares, cosas, trabajo, familia (Velázquez, 2002). Así mismo, “el proyecto de vida es la misión que el hombre descubre y realiza a través de su vida. Este proyecto de vida se origina en la vocación; pero, a su vez, el proyecto de vida se convierte en vocación del hombre. El proyecto vital responde la pregunta: ¿Cuál es el propósito de mi vida en el mundo?” (Vargas Trepaud, 2005, p. 437).

Percepción

Según Carterette y Friedman (citado en Arias, 2006), la percepción es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico (p. 10).

La percepción según Barthey (1982) no se usa solo en la psicología, sino que también es una palabra cuyos diversos significados son moneda corriente en el lenguaje común. Dice Barthey:

1. La percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento.
2. La referencia que una sensación hace a un objeto externo.
3. Un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil.

Por su parte, Vargas Melgarejo (1994), define la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico - social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (p. 48).

Así mismo considera que, en el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente

de la psique humana. De acuerdo a los análisis del mismo autor, la percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal, depende de las circunstancias cambiantes y de la adquisición de experiencias novedosas que incorporen otros elementos a las estructuras perceptuales previas, modificándolas y adecuándolas las condiciones (Vargas Melgarejo, 1994).

Percepción de Proyecto de Vida:

Tomando en cuenta la percepción como un proceso que involucra aspectos socio-culturales, espacio, tiempo, además de las circunstancias y experiencias del entorno del individuo.

Por el otro lado; el proyecto de vida es una herramienta personal que contiene los objetivos, propósitos a futuro; ya sean a corto, mediano o largo plazo. De modo que la percepción de proyecto de vida es, la forma como el individuo conceptualiza, evalúa, esquematiza y cuál es la actitud frente a sus propósitos y objetivos personales a corto, mediano y largo plazo que han sido plasmados en un plan de vida denominado “proyecto de vida”; considerando las circunstancias, experiencias, tiempo y espacio que vivencia el individuo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

“Si de conceptos hablamos, estos se explican con mayor claridad en la realidad, experiencias, vivencias y subjetividad de cada individuo”

ADOLESCENCIA

1. DEFINICIÓN

El ser humano desde el primer momento de su concepción, unión del espermatozoide proveniente del varón, con el óvulo proveniente de la mujer; dando lugar al huevo o cigoto que luego se implantará en el ovario; pasa por distintas transformaciones y etapas en su desarrollo hasta configurar un ser humano completo. Cada una de estas etapas de vida son únicas, (concepción, infancia, niñez, pubertad, adolescencia, entre otros), por lo tanto, tienen sus propias características que responden a su contexto y tiempo en el que se encuentran.

De este modo la etapa de la adolescencia tiene sus propias particularidades y características físicas, psicológicas y sociales, como consecuencia del nivel de desarrollo alcanzado; características que favorecerán el soporte o de lo contrario actuarán como factores de susceptibilidad frente a las circunstancias que enfrentará en esta etapa de su vida. Por lo antedicho, es necesario conocer las distintas concepciones acerca de la adolescencia que nos ayuden a comprender mejor las experiencias, vivencias, percepciones que atraviesan los adolescentes y en particular las adolescentes.

Existen diferentes definiciones acerca de la adolescencia, para nuestro interés, consideraremos las siguientes definiciones que daremos líneas adelante.

1.1 Definición etimológica:

Un error en el que podemos caer es el creer que adolescente quiere decir, *el que adolece*, término que tiene que ver con el dolor; sin embargo, tengamos en cuenta lo siguiente:

Adolescente viene del latín *adolescens, adolescentis* que está en periodo de crecimiento, que está creciendo' y es el participio presente del verbo latino *adolescere* criarse, ir creciendo, estar creciendo, madurar. Este verbo latino es un compuesto del prefijo *ad –* “hacia” y el verbo *alescere* “crecer”, forma incoativa (que implica o denota el principio de una cosa o de una acción progresiva) del verbo latino *alere* “nutrir, alimentar, criar”. El participio pasado de *adolescere* es *adultum* “el que ya está crecido”, mientras que el participio presente *adolescens* significa “el que está en la etapa de crecimiento”. La adolescencia es, por tanto, una etapa del desarrollo, de proceso de maduración, un periodo de la vida humana.

1.2 Definición cronológica

Muchos autores han definido la edad de inicio y fin de esta etapa de la vida; para algunos autores las edades de inicio y culminación van de los 13 a los 19 años. Erik Erikson (2004), considera que la adolescencia comprende un periodo que va de los 13 a los 21 años. Por su parte Portilla (1997), considera que la adolescencia tiene inicio a partir de los 09 ó 10 en las mujeres, y de los 11 ó 12 en los hombres, edad en la que inician cambios en los aspectos biológico, psicológico y social.

Así mismo, La Organización Mundial de la Salud – OMS, la concibe como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años.

Los cambios que anuncian la pubertad suelen empezar a los ocho años en las niñas y a los nueve en los varones Susman y Rogol, (citado por Papalia, 2012). Así mismo atribuye que estos cambios madurativos biológicos no ocurren de igual manera en todos los (as) adolescentes, estos están condicionados por factores como el contexto geográfico, social, climático, entre otros.

A continuación, presentamos una clasificación respecto a las concepciones y edades comprendidas de la adolescencia según distintos autores.

Tabla 1: Adolescencia clasificación

Autor	Edades
O. Tumlirz	Pubertad 15 a 18 años Tercera transición: adolescencia
Ch. Buhler	Quinta fase: conocimiento de la verdad 13 a 19 años
Busseman	Cuarto periodo: pubertad y adolescencia
O. Tumlirz	Pubertad 15 a 18 años Tercera transición: adolescencia
O. Kroh	Tercer periodo: pubertad
A. Liublinskaia	Quinto periodo: adolescencia 12 a 16 años
A. Merani	Sexta fase: adolescencia 14 -15 a 17 -18 años
F. Nuñez	Adolescencia: varones 12 a 18 años mujeres de 11 a 18 años
J. Darlez	Adolescencia: 14 a 17 años
E. Hurlock	Pubertad: niñas 11 a 15 años niños 12 a 17 años
E. Erikson	Adolescencia: 12 a 18 años
Khan	Pubertad: 10 a 14 años
D. Papalia	Adolescencia: 12 a 18 años
Z. Rappaport	Adolescencia: 13 a 17 años
A. Petrovsky	Adolescencia: 11-12 a 17-18 años

Tomado de: Hermoza (2012)

1.3 Qué entendemos entonces por adolescencia

La adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Las transformaciones tienen tanta importancia que algunos autores hablan de este período como de un segundo nacimiento. De hecho, a lo largo de estos años, se modifica nuestra estructura corporal, nuestros pensamientos, nuestra identidad y las relaciones que mantenemos con la familia y la sociedad.

La adolescencia constituye así una etapa de cambios que, como nota diferencial respecto de otros estadios, presenta el hecho de conducirnos a la madurez. Este período de transición entre la infancia y la edad adulta transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente. (Moreno, 2015).

Podemos apreciar que la definición planteada – etapa de transición de la niñez a la edad adulta – no esclarece la edad de inicio y fin de la adolescencia; a pesar de proporcionar las edades de inicio y fin, estos sólo deben tomarse como un

indicativo. Así mismo para la definición de esta etapa se deben considerar otros aspectos:

Moreno (2015) hace un análisis al respecto. La adolescencia se extiende desde el final de la infancia hasta la consecución de la madurez, sí, ¿pero a qué categoría de madurez nos referimos? Podríamos aludir, **en primer lugar**, a una madurez biológica, entendido como la culminación del desarrollo físico y sexual. Esta madurez está relacionada con la llegada de la pubertad y, de hecho, los cambios biológicos se utilizan como criterio de inicio de la adolescencia. Sin embargo, pubertad y adolescencia no son conceptos sinónimos. Entendemos pubertad como el conjunto de transformaciones físicas que conducen a la madurez sexual y, por lo tanto, a la capacidad de reproducirse. La adolescencia incluye, además, transformaciones psicológicas, sociales y culturales significativas.

En segundo lugar, podríamos apuntar a una madurez psicológica, caracterizada por la reorganización de la identidad. La construcción de esta nueva identidad que implica un nuevo concepto de uno mismo, la autonomía emocional, el compromiso con un conjunto de valores y la adopción de una actitud frente a la sociedad se extiende a lo largo de toda la adolescencia.

En tercer lugar, podríamos hablar de una madurez social vinculada al proceso de emancipación que permite que los jóvenes accedan a la condición de adultos.

Esta madurez social cuyos índices serían la independencia económica, la auto administración de los recursos, la autonomía personal y la formación de un hogar propio marcaría el final de la adolescencia y juventud y el ingreso de pleno derecho en la categoría de persona adulta. Hoy, si tomamos como criterio la emancipación económica y el hogar propio, el estatus de persona adulta puede lograrse después de los treinta años.

Por su parte la UNICEF (2007). Define la adolescencia como una etapa del desarrollo humano única y decisiva, caracterizada por un desarrollo cerebral y un crecimiento físico rápido, un aumento de la capacidad cognitiva, el inicio de la pubertad y de la conciencia sexual, y la aparición de nuevas habilidades, capacidades y aptitudes.

Transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosocial; esa abarca aproximadamente el lapso entre los 11 y 19 o 20 años. Adolescencia es una transición del desarrollo

que implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. (Papalia, et. al., 2012).

Para Merani, A. (citado en Hermoza, 2012), la adolescencia es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Aparte del aspecto biológico, las transformaciones psíquicas están completamente influidas por el ambiente social y cultural, de manera que las transiciones entre la pubertad y la edad adulta pueden presentar los matices más inusitados, según el medio, la clase social, la cultura, incluso faltar por completo. Así mismo, para Núñez, F. llama a adolescencia a todo periodo comprendido desde que comienza la preparación del organismo para la reproducción hasta que este se halla dispuesto para dicha función.

2. ETAPAS Y CARÁCTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo humano en la que se experimentan cambios notorios en cuanto al desarrollo físico - biológico, los mismos que condicionarán reajustes en cuanto al desarrollo psicológico y por consiguiente en el desarrollo social. Estos cambios suelen darse de manera rápida no permitiendo la facilidad de adaptación de individuo.

Portilla (1997), refiere que estos cambios crean un desajuste transitorio físico – emocional en el adolescente, en sus relaciones familiares y sociales; originando una “*crisis en la adolescencia*”, que en algunos casos es más notoria y en otros pasan desapercibido.

Esta *crisis en la adolescencia*, como lo denomina Portilla, es ocasionada por los diversos cambios que experimenta el adolescente, sin embargo, considera que es una *crisis transitoria*, los padres, sociedad y los mismos adolescentes, son encargados de que esta crisis se manifieste de manera intensa o llevadera; plantea que el diálogo es el mejor instrumento para evitar o superar los conflictos en la adolescencia. Diálogo entre padres y adolescentes, adolescentes y profesores u otras instituciones que puedan brindar ayuda. De modo que el diálogo debe ser sincero, cordial, respetuoso y de mutua aceptación. El diálogo posibilita la **armonía**. (Portilla, 1997).

Por otro lado, la adolescencia distingue tres etapas, etapas que se dividieron con la finalidad de un mejor estudio, en este largo periodo de vida, tenemos entonces las siguientes etapas:

- Adolescencia temprana (entre los 10 – 12 años) o (10 – 14 años)
- Adolescencia intermedia (14 – 15 años) (14 – 17 años).
- Adolescencia tardía (17 – 18 años) o (15 – 19 años), (17 – 21 años)

A continuación, describiremos las etapas mencionadas y sus respectivas características en distintos aspectos.

2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA (entre los 10 – 12 años) o (10 – 14 años)

A. LA PUBERTAD Y EL DESARROLLO BIOLÓGICO/FÍSICO

Según la literatura encontrada, en muchas comunidades tradicionales aún existen rituales en los que festejan la adquisición de la mayoría de edad; en otras, celebran la primera menstruación de las mujeres acompañado de bailes y cánticos que tienen duración de varios días. En las sociedades occidentales la transición de la niñez a la adultez se concibe como un periodo largo denominada adolescencia, mas no como un único suceso.

Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, el proceso que lleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse. Tradicionalmente se creía que la adolescencia y la pubertad empezaban al mismo tiempo, alrededor de los 13 años, pero, como veremos, en algunas sociedades occidentales los médicos han comprobado que los cambios puberales tienen lugar mucho antes de los 10 años. (Papalia, et. al., 2012).

El desarrollo físico es uno de los cambios más notorios que se observa en la transición de niño a adulto. Para ello, es necesario definir y distinguir *pubertad* de la *adolescencia*.

Para tal fin tomaremos referencia a Papalia, et. al. (2012). En su libro *Desarrollo humano*, en el que hace conocimiento y diferencia, así como otros aspectos sobre estos conceptos.

Pubertad: Conocido también como la *adolescencia inicial*. La pubertad implica cambios biológicos notables. Esos cambios forman parte de un largo y complejo proceso de maduración que empezó antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la adultez.

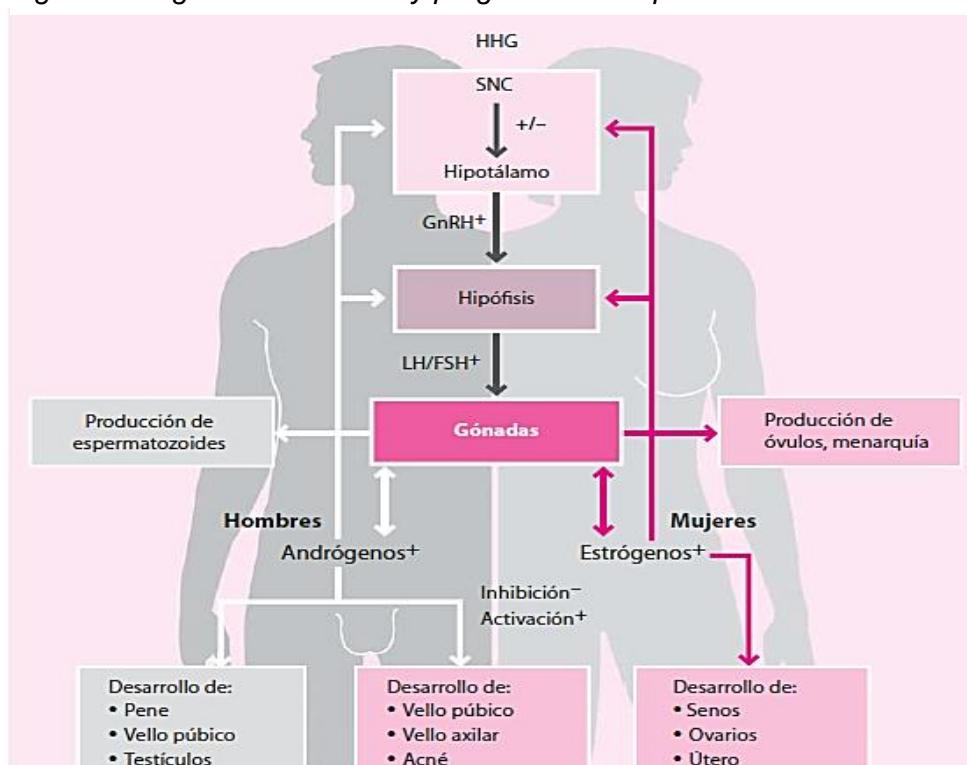
La pubertad es resultado de la producción de varias hormonas. El incremento en el hipotálamo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) da lugar

al aumento en dos hormonas reproductivas clave: la hormona luteinizante (LH) y la hormona folículo estimulante (FSH). En las niñas, los mayores niveles de la hormona folículo estimulante dan inicio a la menstruación. En los varones, la hormona luteinizante inicia la secreción de testosterona y androstenediona. Buck Louis et al. (2008), (citado en Papalia, et. al., 2012).

La pubertad está marcada por dos etapas:

- La activación de las glándulas suprarrenales.
- La maduración de los órganos sexuales unos cuantos años más tarde.

Figura 1: Regulación del inicio y progresión de la pubertad humana



Tomado de: Buck Louis et al., 2008. (citado en Papalia, et. al. 2012).

La Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mexicana de Educación Sexual (2000), en adelante OPS y AMES, considera también algunos cambios y características en distintos aspectos en la etapa de la adolescencia temprana y tardía, los aspectos que considera son los siguientes que luego se desarrollan de manera detallada.

- Aspectos psicológicos
- Aspectos emocionales
- Aspectos sociales
- Cambios en la autoimagen

- Relación con los padres y la familia
- Relaciones interpersonales con los amigos o el grupo de pares

B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

El paso de la niñez a la adultez no sólo significa haber cambiado en aspectos biológicos y/o físicos; sino que también los primeros han condicionado a la aparición de nuevas formas de pensamiento, análisis y razonamiento.

Los cambios físicos y/o biológicos en el adolescente siempre serán acompañados por cambios psicológicos, tanto a nivel cognitivo como a nivel comportamental, la aparición del pensamiento abstracto influye directamente en la forma en como el adolescente se ve a sí mismo, se vuelve introspectivo, analítico, autocrítico; adquiere la capacidad de construir sistemas y teorías, además de estar interesado por los problemas inactuales, es decir, que no tienen relación con las realidades vívidas día a día. La inteligencia formal da paso a la libre actividad de la reflexión espontánea en el adolescente, y es así como éste toma una postura egocéntrica Intelectualmente. (Papalia, et. al., 2012).

La capacidad de razonamiento

Inhelder y Piaget, (citados en Moreno, 2015). Afirman que el carácter fundamental de la adolescencia es la inserción del individuo en la sociedad de los adultos. Esta inserción supone: primero, considerarse igual que los adultos y juzgarlos en un plan de igualdad y reciprocidad; segundo, trazar un programa de futura vida, y finalmente, reformar la sociedad donde se debe inserir. Esta entrada en el mundo adulto requiere instrumentos intelectuales y afectivos diferentes a los que utilizan los niños. La novedad central en el pensamiento del adolescente será la capacidad de recapacitar más allá del presente, es decir, tomar como objeto de razonamiento situaciones que pueden no haberse encarnado aún en la realidad.

Existen diferencias entonces respecto al tipo de pensamiento entre el niño y el adolescente, en el segundo predomina el tipo de pensamiento formal. Del mismo modo, Moreno, (2015) expone las características de del pensamiento formal como sigue:

Pensamiento formal y Características

Primero, razonar sobre posibilidades. El niño se aproxima a buena parte de los problemas conceptuales utilizando directamente los datos concretos y tan rápidos como sea posible. En cambio, el adolescente examina el problema con cuidado para intentar determinar todas las soluciones posibles y sólo en un segundo momento trata de descubrir cuál de estas se ha convertido en real en tal caso particular.

Segundo, razonar sobre el futuro. El futuro se incluye en el mundo de las posibilidades y, por lo tanto, eso faculta al adolescente a pensar más y de forma más metódica. Eso implica a una mayor capacidad de planificar antes de actuar y de controlar su comportamiento a partir de las reflexiones previas.

Tercero, razonar sobre hipótesis. Los niños establecen las pruebas a partir de los datos concretas que se proporcionan, y elaboran las conclusiones como una generalización parcial de los resultados que han encontrado. Los adolescentes parten, sin duda, de una inspección de los datos del problema, pero a continuación su razonamiento gira en torno a una teoría o explicación hipotética que puede ser la correcta. De esta manera, lo que se somete a prueba no es ya una representación concreta de la realidad, sino una elaboración conceptual. A partir de esta se deduce previamente qué fenómenos empíricos deben producirse o no en la realidad, y después se pasa lógicamente a comprobar si los hechos predichos tienen lugar efectivamente.

Y cuarto, razonamiento sobre el razonamiento. Las operaciones formales se basan fundamentalmente en el lenguaje. Las hipótesis, las elaboraciones conceptuales, sólo pueden expresarse en frases. Así, el adolescente no razona sobre la realidad, sino sobre su razonamiento traducido en proposiciones lingüísticas.

C. ASPECTOS EMOCIONALES

La Organización Panamericana de la Salud (2000), refiere que percibir al individuo como un todo integrado, un ser biopsicosocial, es decir, que los aspectos biológicos influyen en aspectos psicológicos y viceversa, así mismo el medio social y cultural se interrelaciona con los aspectos psicológicos de manera mutua. De modo que los cambios biológicos durante la pubertad y adolescencia influyen en las emociones de los adolescentes.

Cuando pedimos a los adultos que describan a sus hijos, sobrinos, alumnos, adolescentes, generalmente emplean adjetivos calificativos como rebeldes, irritables, melancólicos, opositores, dependientes, idealistas, egoístas, flojos, etc. uno se puede preguntar cómo es posible en una misma persona tener características que son antagónicas. ¿Cómo puede ser dependiente e independiente a la vez? Es justamente la ambivalencia de los riesgos de esta etapa de la vida.

Las características antes mencionadas y que tanto irritan a padres y maestros no se dan al azar; todas ellas tienen una explicación lógica, tienen una causa y un propósito. Cuando estas razones son comprendidas, el conflicto que frecuentemente estalla entre adultos y adolescentes puede reducirse en gran medida.

Por una parte, conviene entender que la presencia de las hormonas sexuales en el torrente sanguíneo ocasionará cambios afectivos que son característicos de la adolescencia temprana. En buena parte la conducta aparentemente propia del adolescente se debe a la irregularidad en que a esta edad funciona el eje hormonal hipotálamo-hipófisis gónadas. Este eje adquiere regularidad aproximadamente dos años después de iniciado el último paso de la pubertad: la menstruación y las emisiones seminales.

Por su parte, Papalia et. al., (2012), menciona que, durante el proceso del desarrollo psicológico y búsqueda de identidad, el adolescente experimentará dificultades emocionales. Conforme el desarrollo cognitivo avanza hacia las operaciones formales, los adolescentes se vuelven capaces de ver las incoherencias y los conflictos entre los roles que ellos realizan y los demás, incluyendo a los padres. La solución de estos conflictos ayuda al adolescente a elaborar su nueva identidad con la que permanecerá el resto de su vida. El desarrollo emocional, además, está influido por diversos factores que incluyen expectativas sociales, la imagen personal y el afrontamiento al estrés.

D. ASPECTOS SOCIALES

Durante la adolescencia se dan también modificaciones en la manera de relacionarnos con los demás, se da la adquisición de valores, actitudes, normas y comportamientos mediante el proceso conocido como la *socialización*.

Según Rice (2001). El desarrollo social y las relaciones de los adolescentes abarcan al menos seis necesidades importantes:

1. Necesidad de formar relaciones afectivas significativas, satisfactorias.
2. Necesidad de ampliar las amistades de la niñez conociendo a personas de diferente condición social, experiencias e ideas.
3. Necesidad de encontrar aceptación, reconocimiento y estatus social en los grupos.
4. Necesidad de pasar del interés homosocial y de los compañeros de juego de la niñez mediana a los intereses y las amistades heterosociales.
5. Necesidad de aprender, adoptar y practicar patrones y habilidades en las citas, de forma que contribuyan al desarrollo personal y social, a la selección inteligente de pareja y un matrimonio con éxito.
6. Necesidad de encontrar un rol sexual masculino o femenino y aprender la conducta apropiada al sexo.

Los nuevos sentimientos y necesidades emocionales, la búsqueda de la independencia, la emancipación de los padres ocasiona que el apoyo que antes era proporcionado por la familia se busque en otros adolescentes comúnmente de su misma edad. Lo anterior está muy ligado a la dinámica familiar que él adolescente presente, ya que, si el menor cuenta con una buena dinámica familiar y buena comunicación con sus padres, tendrá menor necesidad de acceder a las demandas de otros adolescentes, de igual forma aceptará las opiniones de los padres por encima de sus compañeros, por lo menos en algunas áreas. En relación de pertenecer a un grupo social, se convierte en un asunto de importancia en esta etapa, debido a que de esta manera los adolescentes buscan formar relaciones y compartir intereses comunes.

Esta búsqueda de pertenencia refuerza la imagen propia, por lo cual al ser rechazado por los demás se convierte en un grave problema. De tal forma, la meta es ser aceptado por los miembros de una pandilla o de un grupo al que admiran. Como consecuencia, este grupo les ayudará a establecer límites personales y en ocasiones aprender habilidades sociales necesarias para obtener un auto-concepto de la sociedad que le ayudará a formar parte del mundo adulto más adelante (Rice, 2001).

E. CAMBIOS EN LA AUTOIMAGEN

El adolescente, a menudo con preocupación, observa los cambios que se operan en su cuerpo. Cuando no hay conocimiento previo de lo que ocurre, la angustia es más intensa. Ante todo, experimenta una incomodidad al observar la falta de control que tiene sobre los cambios que se operan en él. En esta época es frecuente observar un gran desaliño y poco cuidado de su arreglo personal. Pueden inclusive preferir ropa rota y sucia aunque tengan acceso a otro tipo de prendas. Las niñas suelen usar ropa muy poco ceñida, que encubra el crecimiento de sus pechos.

Pareciera como que al ignorar a su cuerpo pudieran ocultar o suprimir su percepción de que están entrando a otra etapa de su vida. Esto es percibido con gran ambivalencia. Por un lado, existe entusiasmo y alegría por crecer y obtener independencia; por el otro, el temor a dejar la protegida etapa de la infancia.

Una característica frecuente de la adolescencia temprana es la inestabilidad emocional. Los chicos presentan fluctuaciones entre estados de euforia y depresión. Estos estados anímicos son tan intensos y ocurren en tan pequeños lapsos que desconciertan mucho a los adultos con los que interactúan. La inestabilidad emocional desaparece cuando el eje hormonal, hipotálamo–hipófisis gónadas, se regulariza. No debemos olvidar la importante influencia que tienen las hormonas sexuales tienen sobre los estados emocionales.

La autoestima de los púberes es sumamente frágil. Son muy sensibles a las críticas, sobre todo de los padres. Buscan con intensidad la aprobación de los individuos que los rodean, pero con mucha frecuencia se sienten incomprendidos, aumentando de esta manera los sentimientos de soledad, enajenación y temores de perder la razón.

En esta etapa, los jóvenes están preocupados e interesados en todos los cambios que les ocurren, muestran interés de conocer qué pasa con sus cuerpos y con los pensamientos desordenados que tienen sobre la vida y sobre sí mismos; les preocupan los sentimientos que no entienden y que tienen tanta intensidad. El sistema educativo ignora estas necesidades de los jóvenes. Muy pocas escuelas consideran importante brindar sesiones de educación sexual, *y orientación a los adolescentes*, a sus alumnos y la poca

información que los libros contemplan en esta área se refieren a los cambios físicos como menstruación y las emisiones seminales.

La adolescencia temprana también se caracteriza por la impulsividad. Los jóvenes tienen poco control sobre sus emociones y suelen reaccionar a los estímulos externos de manera despreocupada.

F. RELACIÓN CON LOS PADRES Y LA FAMILIA

Durante la adolescencia temprana la relación con los padres se vuelve con frecuencia explosiva. Debemos admitir que no todos los y las adolescentes responden de igual manera, la diferencia dependerá de los antecedentes familiares y la manera en que fue vivida la infancia.

Erick Erikson, ha denominado a esta etapa de la vida como la “crisis de identidad”. Los y las adolescentes en esta edad se cuestionan acerca de quién y cómo son ellos. A la pregunta: ¿quién soy yo?, sólo tienen por el momento una respuesta: quién no soy yo. La rebeldía no es más que una manera de buscar su individualidad. Esta búsqueda los obliga a separarse de sus padres, tanto física como emocionalmente. Dado que, en nuestras condiciones de crisis actuales, acuden a la separación emocional. Suelen pasar mayor tiempo posible fuera de casa, ya sea con sus amigos o en otro tipo de actividades y cuando están en casa, se retraen del contacto con el resto de su familia. (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

Otra de las dificultades que tiene que enfrentar el padre y la madre del o la adolescente, son los recuerdos sobre su iniciación sexual cuando eran de esa edad, frente a ello suelen tomar medidas casi extremas sobre los hijos; como prohibiciones a los vínculos afectivos con sus pares, estos castigos se intensifican más si se trata de una hija adolescente.

Cabe resaltar que, en esta etapa de la vida, un instrumento para disminuir la tensión en la relación padres-hijos es, la comunicación y el diálogo basado en la confianza mutua. Ya que al darse este distanciamiento en la relación paterno filial, el menor se encuentra con una autoestima frágil, inseguridad, enfrenta solo sus temores, se siente solo (a), y para compensar esta ansiedad provocado por las cuestiones antes mencionadas busca la comprensión de otras figuras, las que pueden ser familiares, amigos, enamorados (as), en el peor de los casos personas desconocidas, ampliando así más situaciones de riesgo y en las mujeres uno de los riesgos es la de buscar afecto y

comprensión en terceras personas (puede ser enamorados), el cual podría ser una causa más de embarazo precoz.

G. RELACIONES INTERPERSONALES CON LOS AMIGOS O EL GRUPO DE PARES

Los amigos llenan de una manera el vacío y la soledad que deja el alejamiento de la familia en búsqueda de la propia identidad. Tienen funciones muy importantes, que a veces los padres desconocen, alegando que tan sólo son una pérdida de tiempo y de distracción hacia tareas más importantes como las académicas. Si bien es cierto que desde la infancia los hijos ya tienen amigos, es durante la adolescencia cuando estos juegan un papel trascendental.

El grupo de amigos o pares proporciona al adolescente inseguro, temeroso y solitario una “identidad colectiva”. Esta identidad hace que se separe “el mundo de los adultos” del “mundo de los jóvenes”. La separación es tan marcada que en muchos estamentos de nuestra sociedad puede hablarse de una “subcultura adolescente”, con sus propias normas de comportamiento, música, moda, lenguaje, etc. el grupo da al joven sentido de pertenencia, diluye su inseguridad individual ya que brinda la confianza de una alianza, estableciendo niveles de fortaleza. Podríamos parafrasearla de la siguiente manera: “solo, estoy perdido, juntos somos fuertes”. Es un hecho que en los grupos se pierde mucho la conciencia individual.

En nuestra sociedad somos testigos de actos vandálicos perpetrados en su mayoría por jóvenes, bajo el nombre del anonimato “pandillaje”, sin embargo, no es sólo el pandillaje al que están expuestos este grupo etáreo; la drogadicción, los vicios a videojuegos, alcoholismo, relaciones sexuales tempranas, entre otros, son algunos de los riesgos que corren al relacionarse con amigos (as) en el afán de llenar el vacío existente de los (as) adolescentes.

Las pandillas y bandas ejercen presión sobre el joven y la joven. A veces las presiones van en contra de su educación o buen juicio, pero su necesidad de ser aceptados es tan imperiosa que aceptarán situaciones aun cuando sean dañinas o autodestructivas. Así, muchas veces el inicio de actividades como fumar o consumir drogas o bebidas alcohólicas, e incluso tener una relación sexual, puede ser provocado por la presión del grupo de pares aun cuando el joven y la joven no se sientan listos para llevarlas a cabo por iniciativa propia.

La capacidad de ser asertivos y poder decir “NO” a situaciones peligrosas o que atentan contra los valores del joven y la joven, se aprenden en la infancia. Si los padres no respetan el *jno!* de sus hijos cuando pequeños, difícilmente podrán aprender a decirlo cuando las circunstancias lo ameriten.

En la adolescencia temprana los grupos de amigos generalmente son del mismo género. Aun en las escuelas mixtas, en el recreo los niños se juntan con los niños y las niñas con las niñas. Aunque ya tienen interés en los individuos del otro sexo, todavía no existe la confianza para interactuar con ellos. Es posible que muchas conversaciones en los pequeños grupos se refieran a los del otro género, de modo que no es que les falte interés, sino que el temor de acercamiento es tan intenso que prefieren mantener una distancia razonable.

Habrá un amigo o amiga con la que el o la adolescente tiene mayor cercanía, es con esa persona que compartirá sus experiencias, curiosidades, dudas; llegando a entablar una amistad intensa, suele suceder que los padres al observar ese vínculo amistoso del o la adolescente, mostrar una conducta de rechazo y desaprobación, entrando así en un conflicto entre padres – hijos. Sin embargo, este último puede tomarlo como una fuente de motivación a no renunciar a esa amistad.

Es totalmente contraproducente prohibir amistades, ya que mientras más intenso sea el rechazo, más intensa es la defensa. Es cierto que en ocasiones los hijos se vinculan con amistades que no son adecuadas para ellos, pero la única manera de que los jóvenes reconozcan el error en su elección es permitiéndoles darse cuenta por ellos mismos. Si no hay ataque, no hay necesidad de defensa.

No se pretende que los padres se mantengan ecuánimes, con los dedos cruzados, rogando que no pase nada malo, sino que utilicen estrategias más eficaces y métodos más indirectos. Los profesionales de la salud pueden ayudar a los padres para que, en vez de lanzar una prohibición, pregunten sobre la conducta y personalidad del amigo o amiga permitiendo que el hijo o hija pongan en palabras sus observaciones, y así se cuestionen sobre lo adecuado de esa relación. Las experiencias infantiles y el tipo de relación con los padres determinarán qué tipo de amigos elegirá un joven durante su adolescencia temprana.

2.2 ADOLESCENCIA MEDIA (14 – 15 años) (14 – 17 años).

La adolescencia media oscila entre los 14 – 15 años para algunos y 14 – 17 años para otros autores; en este periodo también existen una serie de cambio y desafíos característicos en los adolescentes.

Los desafíos evolutivos son el manejo de la sexualidad, la toma de decisiones morales, el desarrollo de nuevas relaciones con los pares y el equilibrio entre la autonomía y la responsabilidad ante los demás. Las conductas típicas por las que pasa el adolescente en esta fase son: una mayor conciencia de las necesidades de los otros y una mejor disposición para llegar a acuerdos; restarle importancia a la obtención de recompensas cuando se toman decisiones de acuerdo con lo establecido como bien, y en su lugar, realizar por interés en obtener la aprobación de los demás; se aumenta el interés y la curiosidad por el sexo; aparecen cambios en las relaciones con los pares y se inicia la formación de parejas; ahora se da mayor diferenciación respecto del grupo de pares, es decir, que hay un aumento de tolerancia ante las diferencias de los demás; se da mayor importancia a la independencia y la libertad con respecto a las normas con los padres; y se presenta un mayor interés del adolescente por definir su propia identidad para lo cual hace uso de la exploración y experimentación en varios aspectos. (Micucci, 2005).

Micucci (2005), considera que el adolescente en esta etapa atraviesa por los siguientes cuatro desafíos, los cuales se detallan en adelante.

El primer desafío evolutivo, manejo de la sexualidad

El adolescente al transitar por esta fase de la adolescencia enfrentará un primer desafío, el manejo de la sexualidad. Ello se debe a que hay en el adolescente un aumento en el interés por el sexo y en las actividades sexuales, lo cual lo pone cara a cara con los problemas derivados de la sexualidad y su orientación. Por ejemplo, en algunos adolescentes, estos sentimientos sexuales provocan angustia y tratan de evitarlos, crear mecanismos de evitación los cuales pueden llegar a desviar su desarrollo en lo social. Algunos otros adolescentes tratan de satisfacer sus necesidades sexuales de manera indiscriminada y llegan a dañar su salud. Un tercer grupo reconoce que su interés sexual se encuentra dirigido hacia personas de su mismo sexo y llegan a sentir frustración por no poder satisfacer sus necesidades, así como temor por ser descubiertos o excluidos.

Segundo desafío, toma de decisiones morales

Segundo desafío que debe superar el adolescente es la toma de decisiones morales. A medida que el adolescente va tomando las riendas de su autonomía debe aprender a distinguir entre lo que está bien y lo que no lo está.

Para ello Kohlberg mencionaba que el proceso de tomar una decisión moral se basaba en seis etapas. A medida que el adolescente cobra autonomía enfrenta el desafío de distinguir entre lo que está bien y lo que está mal. Kohlberg sostuvo que el proceso de tomar una decisión moral abarca seis etapas:

1. Evitar el castigo
2. Obtener recompensas
3. Recibir la aprobación de los otros significativos
4. Obedecer reglas y leyes
5. Preservar el bien común
6. Cumplir con principios éticos universales y abstractos

El tercer desafío evolutivo, nuevas relaciones con los pares

Ahora, el y la adolescente ya comienza a diferenciar sus propias creencias y sentimientos del resto del grupo y se sienten más cómodos cuando actúan de acuerdo con ello y no por mera aceptación del grupo como sucedía en la etapa anterior (primera adolescencia). Como sus pares también se encuentran en ese proceso hay más tolerancia entre ellos, lo que permite que se disminuya la angustia del adolescente a ser visto diferente al resto de sus compañeros.

Ahora sus diferencias las ven como cualidades que deben ser respetadas por el resto del grupo.

El cuarto y último desafío, equilibrio entre la autonomía y responsabilidad

Se refiere a que los adultos consideran que la autonomía siempre requiere de responsabilidades y las y los jóvenes; en cambio, definen la autonomía como libertad respecto a la autoridad de los adultos; es decir, que pretenden hacer lo que quieran sin que nadie les llame la atención. Sin embargo, se les debe enseñar que la autonomía y la responsabilidad se ejercen de manera paralela, y a medida que el adolescente ejerza más libertad en la toma de decisiones, también debe experimentar el impacto que estas decisiones producen en él y en los demás.

Se evita así educar adolescentes rebeldes, quienes confunden la rebelión con la autonomía.

En un estudio, dice Micucci (2005), se obtuvo como conclusión que aquellos adolescentes que dependen más de la aprobación de su grupo provienen de hogares autoritarios. En cambio, los y las adolescentes que viven en hogares donde estimulan su independencia en la toma de decisiones se inclinan menos hacia la aprobación de sus pares. Es decir, que mientras un padre sea más autoritario con su hijo lo único que logrará será limitar su autonomía y orillar al adolescente a estrechar los lazos controladores con sus pares, que lejos de ayudarle en la formación de su autonomía, lograrán crear un adolescente rebelde.

2.3 ADOLESCENCIA TARDÍA (17 – 18 años) o (15 – 19 años), (17 – 21 años)

La adolescencia tardía está comprendida entre los 15 a 21 años de edad, algunos autores consideran que, en las mujeres se da inicio entre los 14 ó 15 años y, en los varones se inicia después de los 16 ó 17 años de edad, además no existe una línea que divida de manera precisa la edad de inicio y fin de este periodo de la adolescencia, considerando los distintos factores que influyen en el desarrollo de la misma; tales como, el contexto biopsicosocial en que se desenvuelva el adolescente.

Respecto al sistema hormonal, hipotálamo – hipófisis – gónadas, encargados de los principales cambios físico-biológicos, estos se encuentran equilibrados y funcionan con regularidad.

A. CAMBIOS EN LA AUTOIMAGEN

Mientras el adolescente temprano se siente incómodo con su cuerpo y está desconcertado por los cambios que en él ocurren, los y las adolescentes tardíos con frecuencia han aprendido que es fuente de placer y de orgullo: ya no la ocultan, ahora lo exhiben. Los jóvenes de esta edad están muy conscientes de su apariencia personal. Hombres y mujeres no usan ya ropa holgada que oculte sus figuras, sino que muestran orgullosos sus formas. Existen estilos definidos de moda que varían con los tiempos, pero sea cual sea el que esté en boga, la mayor parte de los jóvenes urbanos siente la necesidad de incorporarlo dentro de su guarda ropa.

El control de su motricidad es más fino y elaborado, se mueven con agilidad, lo que no sucedía en la etapa temprana de la adolescencia.

En el mejor de los casos la labilidad emocional de los años anteriores desaparece dando lugar a una estructuración de la personalidad. Al adquirir

confianza y práctica en el manejo de situaciones sociales, la autoestima se incrementa y se empiezan a reconocer las habilidades personales.

Existe también un mejor control de los impulsos y en vez de actuar ante la frustración con berrinches, se acude al razonamiento y al convencimiento.

B. RELACIÓN CON LOS PADRES

Existe un cambio importante en la relación con los padres, aunque subsiste la crítica, esta se vuelve más objetiva y realista. El joven y la joven ya no tratan de oponerse tan sólo porque algo fue dicho por sus padres, sino que reflexionan sobre dichas observaciones o comentarios aceptando y reconociendo aquello que sienten es apropiado. El conflicto dependencia – independencia empieza a resolverse. Poco a poco ensayan tomando decisiones y pensando por sí mismos como seres separados. La relación con los padres ya no es vertical como antes, sino que tiene ciertos elementos de igualdad.

En la mayor parte de nuestras sociedades existe el grave problema de una enorme contratación del mercado de trabajo. Aquellos jóvenes que necesitan trabajar para sostenerse y adquirir autonomía de la familia, difícilmente encuentran empleos, creándose así un creciente grupo lleno de frustración y resentimiento con tiempo desocupado que puede llenarse con actividades antisociales.

La relación intensa con los adultos persiste; continúa la búsqueda de modelos que copiar, pero ya existe la capacidad para discriminar cuáles rasgos o actitudes son válidas para ellos y cuáles son importantes. Estos modelos van cristalizando la propia escala de valores que, aunque anticipada de algunos elementos proporcionados por la familia, se ven matizados por sus relaciones con otras personas.

C. RELACIONES INTERPERSONALES CON EL GRUPO DE PARES

El grupo de amigos sigue teniendo importancia, pero ahora, a diferencia de la adolescencia temprana, es mixto. Aunque persiste el temor y la desconfianza hacia el sexo contrario, la atracción y el interés son tan intensos que vencen las resistencias y se inician los acercamientos. Con el aprendizaje de habilidades sociales como hablar con otras personas, bailar y saber cómo comportarse en determinadas situaciones, se adquiere confianza y seguridad personal. Aparece en el panorama del adolescente tardío el amor.

Portilla (1997), refiere que el grupo de amigos es una fuente de seguridad y autoafirmación, pero puede ocurrir que no se analicen críticamente las actitudes y comportamientos que imperan en el grupo y empiecen a actuar por imitación, por quedar bien o por hacer alarde con los amigos. Esto en lugar de formar la personalidad la hace débil y poco crítica. La vida afectiva del o la adolescente se ve también influenciada por expresiones de su sexualidad como deseos, impulsos, intereses, curiosidades, miedos, fantasías y sueños sexuales. Estas expresiones varían en intensidad de una persona a otra y deben ser considerados con naturalidad.

D. TERMINACIÓN DE LA ADOLESCENCIA

El paso de la adolescencia a la adultez juvenil no está claramente determinado, sino que se ve cristalizado poco a poco en diversos aspectos de características netamente sociales. Podemos decir que la adolescencia ha terminado cuando se cumplen los siguientes parámetros

- Establecimiento de la capacidad de pensamiento abstracto.
- Establecimiento de la identidad. La persona sabe quién es.
- Autonomía e independencia de la familia. Esto se refiere no sólo a los aspectos económicos sino también a los emocionales.
- Establecimiento de un sistema personal de valores.
- Capacidad de mantener relaciones duraderas y de unir el amor sexual con las emociones de ternura y afecto.

Estos logros del desarrollo aparecen a edades distintas y no siempre coexisten todos. Por otra parte, existen personas que nunca obtienen estos parámetros y que permanecen indefinidamente en un estado de adolescencia temprana crónica.

3. ADOLESCENCIA Y BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD

Moreno (2015) refiere, a partir de los 11 o 12 años, los niños y las niñas asisten a cambios en su aspecto físico, tienen nuevas inquietudes intelectuales, se convierten en objeto de miradas y comportamientos diferentes por parte de los otros y afrontan nuevas situaciones. Todas estas transformaciones provocan la necesidad de cambiar la definición personal frente a uno mismo y los otros. En relación con esta tarea hay que señalar cinco cuestiones generales previas.

Primero, la construcción de la identidad se asocia a procesos que empiezan en la primera infancia y prosiguen a lo largo de toda la vida. Los bebés empiezan muy pronto a percibir sus sensaciones y deseos como un elemento propio y diferenciado del mundo externo. Igualmente se percatan de su capacidad para producir cambios en este mundo físico e influir en las personas y, aproximadamente, al cabo de un año son capaces de reconocer que la imagen que les presenta el espejo es la suya.

Segundo, la formación de la identidad en la adolescencia será un hito que se tardará un tiempo en alcanzar, ya que implica hacer elecciones sobre cuestiones fundamentales. Deberíamos recapacitar sobre el ritmo de nuestra sociedad y la necesidad de mantener un ritmo pausado en el desarrollo de los procesos psicológicos, con la finalidad de no concebir expectativas irreales sobre la velocidad de algunos cambios en los adolescentes.

Tercero, el desarrollo de la identidad comporta así la elección de: un conjunto de valores y creencias (aspecto ideológico); un conjunto de hitos educativos y profesionales (aspecto ocupacional), y una orientación de género que influye en los modelos de relación entre mujeres y hombres (aspecto interpersonal).

Cuarto, la construcción de una identidad no se apoya sólo sobre el individuo, sino que se verá afectada por su red de relaciones familiares, de amistad, por su entorno educativo y cultural.

Y quinto, la crisis de identidad adolescente no es sinónimo de patología. Sin embargo, comporta un período de desequilibrio momentáneo en el que tiene cabida la inseguridad, el miedo y la ansiedad.

Erikson (citado en Amaro, et. al., 2011), quién en su famosa “Teoría psicosocial”, desarrolla una serie de etapas o estadios psicosociales, por las que atraviesa el ser humano, conocidos también como “crisis”; en la etapa cinco, **Búsqueda de Identidad frente a difusión de Identidad**, abarca de los 13 a los 21 años, aquí se busca saciar la búsqueda de identidad y se enfrenta una crisis de identidad, se reavivan conflictos que se tuvieron las etapas anteriores; el objetivo principal a perseguir es: el desarrollo de una identidad acorde con el pensamiento del adolescente y que más tarde le ofrezca un cimiento para la vida adulta. “En esta búsqueda de la identidad las etapas anteriores han sido el fundamento y han preparado el camino para la conquista de la identidad adolescente.”

La confianza básica que nació entre el niño y su madre propicia ahora que él pueda darse cuenta en qué personas puede confiar, la autonomía que obtuvo en la niñez le impulsará a buscar libremente actividades profesionales y estilos de vida, durante el período de iniciativa se ha preparado para plantearse metas y aspiraciones que aterrizan en su realidad, etc. Una de las cuestiones fundamentales en la búsqueda de su identidad y el rol que juega en la sociedad es la concepción y planeamiento de vida o “proyecto de vida”.

SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Hablar de temas relacionados respecto a la sexualidad o el simple hecho de mencionar la palabra sexo, ya es de por sí un tema tabú en muchas familias y sociedades conservadoras aún se continúa con este prejuicio; sin embargo, en la actualidad la importancia respecto a la educación y brindar información acerca de este tema en adolescentes e incluso en edades inferiores es trascendental.

Es aún un tema difícil de conversar abiertamente si existe ausencia de confianza entre padres – hijos o viceversa, confianza que está ausente por distintas causas, como conflictos en el hogar, ausencia física de los padres en el hogar por motivos de trabajo, entre otros. Así mismo juegan papel importante las instituciones públicas y la sociedad en su conjunto en fomentar educación sexual.

El hecho de tomar como aspecto importante la sexualidad y sus distintos componentes, puede ser determinante en cuanto a la prevención de muchos problemas sociales y de salud pública, en este caso puede ser determinante en la prevención de embarazos precoces o maternidad adolescente, así como también otros riesgos de salud como las enfermedades de transmisión sexual.

1. CONCEPTOS BÁSICOS

1.1 Sexo

Según Portilla (1997), el sexo: es el conjunto de características biológicas que diferencian a la especie humana en hombres y mujeres; diferencia que hace evidente a través de los genitales externos. El sexo se determina en el momento en que se lleva a cabo la fecundación, cuando se combinan los cromosomas sexuales que proporcionan cada uno de los padres.

1.2 Sexualidad

La Asociación Mexicana de Educación Sexual (2003), AMES en adelante, considera a la sexualidad como una vivencia subjetiva y una manifestación social, dentro de un contexto sociocultural concreto, del cuerpo sexuado. Es

parte integral de la vida humana y eje de su desarrollo. Se articula a través del potencial reproductivo de los seres humanos, de las relaciones afectivas y la capacidad erótica, enmarcada siempre dentro de las relaciones de género.

La OMS, define la sexualidad como un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

1.3 Género

Es la suma de valores y actitudes, papeles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. Refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

1.4 Orientación sexual

Es la organización específica del erotismo y/o vínculo emocional de un individuo en relación al género de la pareja involucrada en la actividad sexual.

1.5 Actividad sexual

La actividad sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente. La actividad sexual se caracteriza por los comportamientos que buscan el erotismo y es sinónimo de comportamiento sexual.

2. ASPECTOS A CONSIDERAR

2.1 ELEMENTOS INTEGRANTES DE LA SEXUALIDAD

La Asociación Mexicana de Educación Sexual, A. C. (AMES), y la Asociación Mexicana Para la Salud Sexual, A. C. (AMSSAC), (2003), consideran los siguientes elementos de la sexualidad que desarrollamos a continuación.

La reproductividad

Nuestra sexualidad está íntimamente asociada con nuestra capacidad reproductiva. Preferimos pensar en reproductividad y no en reproducción, pues lo que existe en los seres humanos es la potencialidad. Si bien ésta no siempre se concreta en la forma de tener hijos o hijas, ya sea por enfermedad, por decisión personal o porque no es congruente con el estilo de vida que se desarrolla, pero la potencialidad la tenemos todos.

El género

A partir de las diferencias corporales que nos hacen ser hombres o mujeres, las vivencias personales y la interacción con los demás van conformando un determinado autoconcepto y una concepción del mundo usualmente diferenciado en función del sexo al que se pertenece.

Esta serie de ideas dan origen al género, el segundo de los componentes que vamos a considerar. Convencionalmente se denomina **sexo** a las características biológicas que constituyen las diferencias entre lo masculino y lo femenino, y **género** a las diferencias y categorías que resultan de las edificaciones mentales que a su vez son producto, sobre todo, de los procesos de construcción social.

El erotismo

Por erotismo entendemos la dimensión humana que resulta de la potencialidad de experimentar placer sexual. Es decir: es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo y, que por lo general, se identifican con placer sexual (OPS y AMS, 2000).

Dentro de este apartado se considera el **autoerotismo**, según Gotwald y Golden (citados en Hiriart, 1999) refiere que se conoce comúnmente como “*masturbación*”. (p. 150)

“(...) consiste en la autoestimulación de los genitales o de otras zonas erógenas, con las manos o con otros objetos que se frotan contra el cuerpo, produciendo excitación sexual e incluso orgasmo. Puede presentarse desde muy temprana edad” (Hiriart, 1999, p. 151).

De esta manera, el erotismo es un aspecto que permite que el adolescente entre en un mundo de nuevas experiencias placenteras con respecto a su organismo y sensación de “bienestar” psicológico, predisponiendo la iniciación de las relaciones sexuales a temprana edad.

El vínculo afectivo en la adolescencia

Un cuarto componente de la sexualidad es el amor; aunque no todos están de acuerdo respecto a que el amor signifique experiencia sexual; sin embargo, el ser humano tiende a establecer relaciones o vínculos afectivos respecto a otras personas, en este caso a personas del sexo opuesto, los adolescentes debido a los cambios biológicos en la pubertad, además, de las influencias psicosociales, contexto cultural, factores familiares, entre otros ven a sus pares como significativos en sus vidas, y más aún si esa persona las escucha, comprende, que comparta sus mismos ideales, a ello se incrementa la atracción física generando de esa manera los lazos emocionales.

2.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS

En coincidencia con el resto de los mamíferos, biológicamente, los humanos estamos divididos en dos sexos para asegurar la perpetuación de la especie. A esta realidad se atiende cuando nos referimos al sexo biológico, diferenciando entre “hombre” y “mujer”. Los aspectos biológicos de la sexualidad están compuestos principalmente por los genitales, masculinos y femeninos; las hormonas y el sistema nervioso. Según Portilla (1997), los órganos sexuales son claramente distintos en el varón y la mujer, podemos dividirlos en órganos sexuales externos e internos tanto en el varón como en la mujer.

2.3 ASPECTOS SOCIALES

La sexualidad está determinada socialmente, tales como nuestros conocimientos, actitudes, significados y prácticas. Es bien conocido el papel que las fuerzas sociales y los desequilibrios de poder juegan como determinantes de la salud sexual de las comunidades y las sociedades. Blanc, 2001 (citado en Asociación Mexicana de Educación Sexual, 2003).

Asimismo, existen otros factores de igual importancia que influyen sobre ella, tales como la pobreza, la migración y la globalización. Por otra parte, no es posible entender la sexualidad sin el conocimiento de cómo es modelada por

instituciones como la familia, las iglesias, los sistemas educativos y de salud, entre otros.

Weeks, (citado en la AMES, 2003), prominente historiador de la sexualidad señala que la clase social es uno de los principales ejes organizadores de la sexualidad. Este factor resulta de extrema importancia para los países latinoamericanos que presentan altas tasas de población en extrema pobreza. La pobreza se liga a la sexualidad de modos diferentes; por ejemplo, hay muchas personas que se relacionan en situaciones que implican prácticas sexuales de explotación sólo para intentar resolver sus situaciones económicas. Birch, citado por la misma entidad, AMES; realizó un estudio en la región latinoamericana, en grupos de niños en riesgo o de condiciones sociales bajas. Encontró, que la mayor parte de estos niños y niñas o jóvenes han sido sexualmente activos desde tempranas edades, han sufrido abuso sexual o se han relacionado sexualmente con adultos o entre ellos como un mecanismo de supervivencia económica.

La familia, es el lugar donde el género inicia su construcción, las identidades se forman y los patrones de comportamiento son observados y replicados. También es la esfera en la que se transmiten las normas sociales y donde se inicia el control social de la sexualidad. Las familias están experimentando grandes cambios en todo el mundo, y Latinoamérica no es la excepción. Las transformaciones demográficas y socioeconómicas, la urbanización y la migración han generado considerables cambios en la composición y estructuras familiares. Las familias nucleares están reemplazando en número a las familias multigeneracionales y extensas. También están aumentando la cantidad de los hogares encabezados por mujeres. (AMES, 2003).

A pesar de los cambios que se observan en las familias latinoamericanas y los efectos negativos que puedan tener sobre la sexualidad de sus miembros, las familias siguen siendo en muchos casos, las redes principales de seguridad y son percibidas como un valor fundamental por los y las jóvenes, como lo demuestran los resultados en recientes encuestas mexicanas.

Las instituciones educativas; Portilla (1997), considera que el centro educativo juega un rol importante en la formación del ser humano. De allí la necesidad de que tanto jóvenes como profesores aporten lo mejor de sus capacidades. En el colegio, también se reciben mensajes sobre el cómo debe

ser la sexualidad de las personas, a través de los conocimientos que se brindan y de las actitudes de los profesores.

Las escuelas no sólo pueden hacer educación sexual, sino que también “deben hacerla”. Es un deber de la escuela educar la sexualidad y es un derecho de la niñez y la juventud recibirla y tener la oportunidad de vivir espacios pedagógicos que les permitan estructurar sus propios valores, conocimientos, actitudes y habilidades de vida para gozar de una sexualidad responsable y constructiva. (AMES, 2003).

Así mismo; la religión, los amigos, medios de comunicación, y cómo no las instituciones de salud y educación juegan roles importantes en definir cómo se vive la sexualidad en una determinada sociedad. (AMES, 2003; Portilla, 1997).

Para Aguirre (1996), los adolescentes, pese a sus constantes afirmaciones de autonomía e independencia respecto al medio, son en extremo permeables a las estimulaciones en forma de normas, valores y costumbres sexuales de los diversos grupos sociales al que pertenecen.

Los factores o características sociales que influyen en la conducta social según Aguirre son los siguientes:

- La clase social
- El grupo cultural de pertenencia
- La educación
- La religiosidad

A. Clase social

Kinsey et. al (citado en Aguirre, 1996), encontraron que existía una relación entre la clase social y experiencia social sexual. Así encontraron que los chicos y chicas adolescentes que provenían de los estratos sociales más bajos estaban más experimentados sexualmente. (p. 111).

B. El grupo cultural al que pertenecen

Todo grupo cultural posee su propio tipo de normas sexuales que son transmitidas a los sujetos durante la niñez y la adolescencia. Estas contribuyen a determinar el grado de interés que mostrarán los sujetos en la conducta sexual, si tendrán que verlo con agrado, como pecaminosa y

peligrosa, como extremadamente excitante, como cuestión de conquista agresiva o incluso de violación, etc. (Aguirre, 1996, p. 112).

Así mismo, (...) es importante considerar si las actitudes culturales están cambiando y de ser así, qué efectos podrán tener en las pautas actuales y futuras de la conducta sexual de los adolescentes. Se habla mucho en la actualidad acerca de la existencia de una “nueva moralidad” así como de una “revolución sexual” de los adolescentes. Cuyas características según Hopkins y Moraleda a quienes cita, son cuatro las características que diferencian a la actual generación adolescente con respecto a las de hace varias décadas y que según estos son de origen cultural: son más liberales, más permisivos, más tolerantes a las conductas sexuales de todo tipo; son más frances y sinceros en la expresión de todo tipo de conductas sexuales, son más tendentes a considerar las decisiones sexuales como cuestiones de carácter personal. (Aguirre, 1996, p. 112).

C. La educación

Otro factor que está relacionado con las actitudes ante la sexualidad y su incidencia en los adolescentes es el nivel educativo. Jessor (citado en Aguirre, 1996), encontró que la frecuencia del coito era más alta entre los adolescentes que no iban a la universidad. (p. 112).

D. La religiosidad

Los adolescentes sexualmente inexperimentados. Indica Hopkins suelen describirse a sí mismos, de manera más frecuente, como más religiosos, en comparación con los que tienen más experiencia sexual. Así mismo, Kinsey encontró también que los adolescentes no practicantes de los credos protestante, judío y católico eran consistentemente más activos en el aspecto sexual que los adolescentes religiosamente practicantes. (Aguirre, 1996, p. 112 – 113).

2.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Para este apartado tomaremos los aportes de Portilla (1997), refiere que los aspectos psicológicos de la sexualidad son las formas en que cada uno piensa, siente y actúa con respecto al sexo. Estos aspectos están condicionados por: el medio social y el componente biológico, el funcionamiento orgánico no difiere mucho entre las personas, es la base biológica sobre las que se forman los

aspectos psicológicos de la sexualidad, estos aspectos y la personalidad en general están condicionados por las características de la sociedad en que se vive.

Las manifestaciones psicológicas varían de acuerdo al contexto social y tiempo en que se vive. Recalca también, que existen diferencias entre las personas de sociedades de distintos tipos, aunque vivan en la misma época. Esto se debe a que cada sociedad, según sus características, contribuye a formar personas con rasgos peculiares propios de esa sociedad. Las características psicológicas se forman poco a poco; al comienzo el individuo reacciona a los estímulos del medio de una manera casi instintiva, y paulatinamente va aprendiendo formas de comportamiento propias de su grupo social. Conforme el niño va creciendo, se va ampliando su relación con el medio, y la mayor parte de su comportamiento es aprendido.

Sin embargo, este condicionamiento de la realidad social no hace que todas las personas pensemos, sintamos o actuemos de la misma manera: cada persona difiere de las demás es especial y única.

Nuestros pensamientos están influidos por el medio social en que vivimos. En algunos casos, la falta de conocimientos científicos origina la elaboración de pensamientos irracionales, infundados y equivocados; dando origen a los diversos mitos (creencias falsas), que se transmiten de generación en generación y guían el comportamiento de las personas en forma inadecuada.

Respecto a los sentimientos; se aprenden a lo largo de la vida y se expresan a través de las emociones y el estado de ánimo, dependiendo de las circunstancias del medio y de lo que ya se ha aprendido. Los sentimientos forman una integridad, llamada vida afectiva.

Algunos de los sentimientos relacionados con la sexualidad son los siguientes:

- | | |
|-------------|--------------|
| - Amistad | - Odio |
| - Repulsión | - Desprecio |
| - Amor | - autoestima |
| - Compasión | - Admiración |
| - Simpatía | - Placer |

Respecto a los comportamientos; se llama comportamiento a la forma de actuar de las personas o lo que hacen voluntaria o conscientemente. Son las formas

de expresar los sentimientos, pensamientos y actitudes. Los comportamientos referidos a la sexualidad son variados, por ejemplo:

- El coqueteo
- La masturbación
- Las relaciones de enamoramiento
- Las relaciones coitales
- La observación de pornografía

Todo comportamiento depende de la forma de pensar y de los sentimientos de cada uno. El comportamiento sexual no es un acto instintivo y mecánico, a pesar de tener una carga de impulsos y deseos que se manifiestan espontáneamente depende de la voluntad. Cada persona decide respecto a su comportamiento sexual según su escala de valores, sus sentimientos, las normas de grupo, social, etc.

2.5 INICIO TEMPRANO DE LAS RELACIONES SEXUALES

En mundo social es dinámico y cambiante; genera cambios en los patrones de ocurrencia de ciertas circunstancias o comportamientos humanos que en muchos casos se inician antes de tiempo, así por ejemplo, la actividad sexual o en otras palabras las relaciones sexuales, se está presentando en edades más tempranas, dando paso a distintas consecuencias en su mayoría negativas, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual, entre otros; del mismo modo dan lugar a fenómenos sociales como es la maternidad adolescentes con todas sus consecuencias que se relaciona; el continuismo de la pobreza, desnutrición, poca accesibilidad a educación, salud, etc.

Los comportamientos sexuales no se han modificado, en general. La diferencia con respecto a generaciones anteriores se encuentra en una mayor precocidad. (Hiriart, 1999). Los hallazgos demuestran que en la actualidad en el Perú los y las adolescentes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de las posibles repercusiones y de las formas para evitar estas. La mayoría de las mujeres - un 93% - refiere que su primera experiencia sexual fue con el enamorado, los varones en cambio reportaron haberse iniciado con la enamorada en un 52% y con la amiga un 28,8%. (Ministerio de Salud, 2013; MINSA en adelante).

La maduración sexual proveniente de los cambios biológicos durante la adolescencia, tienen como consecuencia la necesidad de satisfacción de sus

deseos sexuales. Sin embargo, es importante aclarar que, si bien el deseo de establecer una relación con otro está marcado por la maduración, la elección de esa persona no está predeterminada por el desarrollo, y en buena medida será producto de las normas culturales y de las circunstancias de vida.

Sarlé, M. (2009), considera que, la adolescencia también es una época donde se experimenta la atracción sexual hacia los demás y se percibe a sí mismo como "objeto" de deseo sexual para los otros. Aunque en edades anteriores a la adolescencia, los sentimientos y conocimientos sexuales son latentes, el niño se muestra inhibido al discutir o hablar de materias sexuales.

El enamoramiento en la adolescencia

Una parte importante de la adolescencia es el enamoramiento, incluso cuando no se acompaña de intimidad sexual, en la adolescencia la mayoría de los anhelos, placeres, frustraciones dolorosas y desilusiones se centran en la demanda para un amor recíproco, que ayuda a definir el ego inmóvil y suavizar la soledad de individuación. Muchos de los conflictos entre padres e hijo en el periodo medio de la adolescencia giran alrededor de la ropa, amigos, horarios, aunque aparentemente parecen triviales, pueden tener el subtexto de los esfuerzos de los padres por controlar el paso, alcance y dirección de la actividad sexual del adolescente. (Sarlé, M. 2009).

EDUCACIÓN SEXUAL

1. DEFINICIÓN

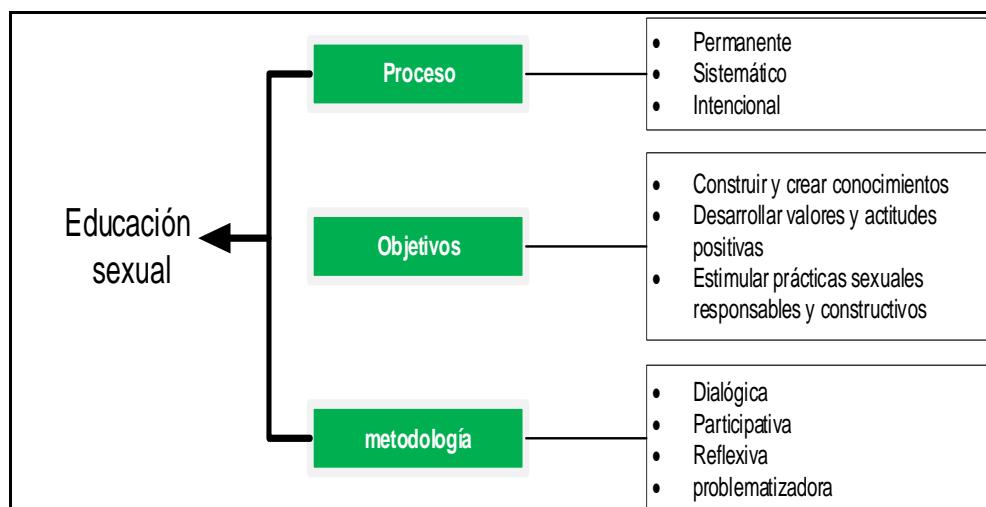
Existen diversas definiciones respecto a la educación sexual, desarrollaremos algunas de ellas:

"La educación sexual es la parte de la educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad, como parte de la formación integral del educando. Su objetivo básico es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que se cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera sana y positiva, consciente y responsable dentro de su cultura, su época y su sociedad" (Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual, 1976, p. 14).

"La educación sexual es un proceso que dura toda la vida y que está dirigido a adquirir información, formar actitudes, convicciones y valores sobre la identidad, las relaciones y la intimidad. Incluye el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, el afecto, la intimidad, la imagen corporal y el género

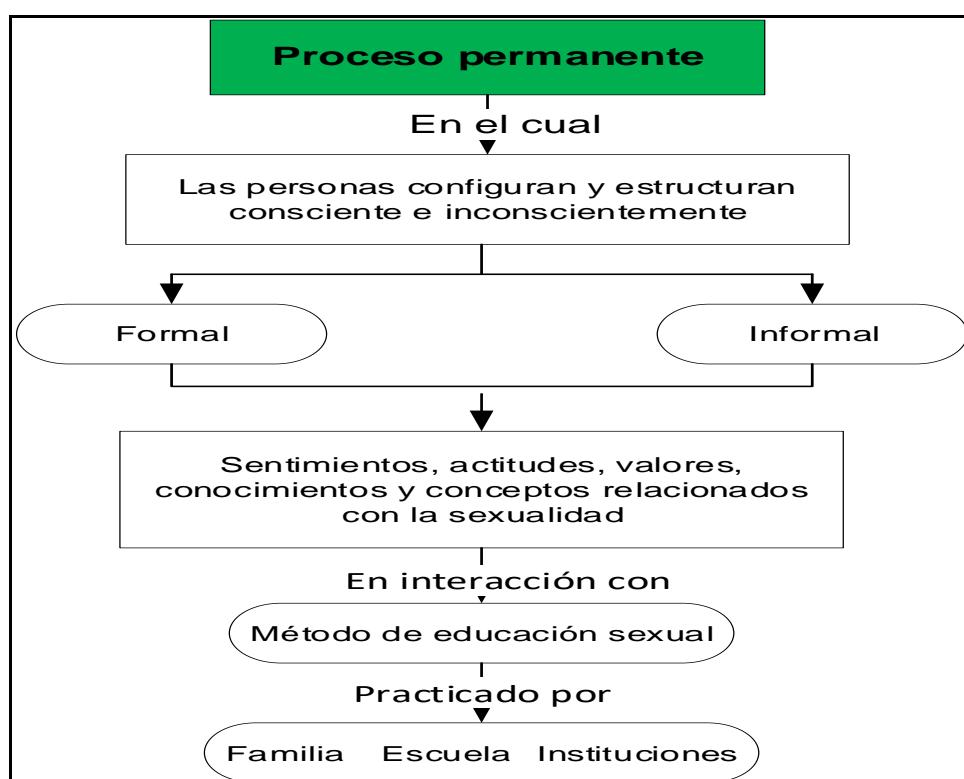
sexual. La educación sexual concierne a las dimensiones biológicas, socioculturales, sicológicas y espirituales desde el dominio cognitivo, el afectivo y el comportamental, incluyendo las habilidades de comunicación efectiva y la toma de decisiones responsables". (Consejo de Educación e Información sobre la Sexualidad de los Estados Unidos, SIECUS, 1995).

Figura 2: Concepto de educación sexual



Tomado de: AMES y AMSSAC. (2003)

Figura 3: Concepto de educación sexual



Tomado de: AMES y AMSSAC. (2003)

2. CARACTERÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

La Organización Panamericana de la Salud / Asociación Mundial de Sexología. (2000), considera como características de la educación sexual lo que a continuación mencionamos:

- Más que la simple adquisición de conocimientos y contenidos, la educación sobre sexualidad debería guiar hacia al desarrollo del pensamiento crítico conducente al logro de actitudes positivas hacia la sexualidad.
- Fomentar el proceso por medio del cual el individuo pueda reconocer, identificar y aceptarse como un ser sexuado y sexual a todo lo largo del ciclo de vida, libre de toda ansiedad, temor o sentimiento de culpa.
- Fomentar el desarrollo de roles de género que promuevan el respeto y las relaciones justas entre seres humanos dentro de un marco de valores basado en los derechos humanos.
- Promover el valor de los vínculos y del componente afectivo de las relaciones humanas más allá de las relaciones de pareja.
- Promover el autoconocimiento en relación con el cuerpo como un factor de autoestima y de atención a la salud.
- Fomentar el comportamiento sexual libre, responsable, consciente y placentero hacia sí mismo y los otros.
- Promover la comunicación dentro de la pareja y la familia, al fomentar relaciones equitativas, independientemente del sexo y la edad.
- Promover un comportamiento responsable compartido en relación con la planificación familiar, crianza de los hijos y el uso de métodos anticonceptivos.
- Promover decisiones responsables para la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Los resultados de los programas de educación sexual deben:

- Aumentar los conocimientos.
- Aclarar los valores.

- Mejorar la comunicación entre padres e hijos.
- Ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, si estos programas están dirigidos a los adolescentes jóvenes.
- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones.
- No fomentan en los jóvenes el inicio de las relaciones sexuales.
- No aumentan la frecuencia de las relaciones sexuales.

Características de los programas de educación sexual

- Se orientan a comportamientos específicos.
- Se basan en modelos teóricos para el cambio del comportamiento.
- Brindan información acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo reducir ese riesgo.
- Dan a los estudiantes una oportunidad de practicar destrezas y discutir situaciones que ellos encuentran significativas y realistas.
- Abordan la influencia de los medios, de otros jóvenes, y de la cultura sobre los comportamientos y las decisiones sexuales de los adolescentes.
- Desarrollan y refuerzan las creencias y los valores entre estudiantes que les ayudan a mantener sus decisiones respecto a la abstinencia y la protección o de ambas.
- Brindan oportunidades para que los estudiantes practiquen la comunicación y las destrezas para la negociación.

3. EDUCACIÓN FORMAL E INFORMAL

Educación informal

Educación sexual informal es la que se da en forma no sistemática, como parte de la vida cotidiana y que generalmente no tiene propósitos conscientes.

En la adolescencia, la educación informal es el medio principal de aprendizaje sobre la sexualidad. La mayor parte de la información que reciben los jóvenes acerca de los cambios corporales que están viviendo, así como de la respuesta sexual y de las relaciones interpersonales y sexuales, proviene de sus compañeros o de su grupo de amigos. Wilkinson y Kitzinger (citados en Hiriart, 1999, p. 42).

Todos estos mensajes suelen acompañarse de mitos y datos falsos tomados como verdaderos que sirven de base a comportamientos actuales y futuros (...) la educación de la sexualidad impartida por los padres tiende a ser restringida, así

mismo los mensajes tienden a ser muy generales. Los docentes, por su parte, suelen pensar que la tarea de orientar a los alumnos en cuestiones sexuales no es responsabilidad suya, por tratarse de cosas íntimas; por esta razón dejan de lado y no hablan de ellas. (Hiriart, 1999).

Educación formal

La educación formal implica la transmisión de la información, objetiva, libre de mitos y tabúes, que permita a los jóvenes crearse una idea personal, a partir de sus propios valores e intereses. Les da la oportunidad de tomar decisiones congruentes con ellos mismos. Tiene objetivos específicos, está estructurada y es no valorativa. Generalmente, en la escuela se interna dar este tipo de educación; se trata de transmitir ciertos conocimientos que sean útiles para la vida presente y futura de los individuos. (Hiriart, 1999).

Está claro que la educación formal exige la capacitación del personal docente para prepararlos para ofrecer respuestas emocional y pedagógicamente apropiadas.

Si bien es cierto que las instituciones educativas son los principales agentes para transmitir este tipo de educación, también lo son otras instituciones gubernamentales (MINSA, otros) y no gubernamentales.

4. DERECHOS DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

La Directora General del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Thoraya Obaid, emitió una declaración, en ocasión del Día Mundial de la Población 2003, en la que expresa que: "Los jóvenes tienen derecho a los servicios de salud reproductiva y a la información al respecto. Los estudios han demostrado reiteradamente que la educación sobre la sexualidad y la reproducción no acrecientan los comportamientos irresponsables. Por el contrario, ayuda a los jóvenes a adoptar decisiones responsables y saludables."

La Asociación Mundial de Sexología ha publicado una Declaración de Derechos Sexuales, que traduce los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos a la sexualidad. Esta declaración contiene once afirmaciones que resumen estos derechos.

DECLARACION DE LOS DERECHOS SEXUALES ASOCIACION MUNDIAL DE SEXOLOGIA (WAS)

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

- 1. El derecho a la libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.
- 2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.** Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- 3. El derecho a la privacidad sexual.** Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.
- 4. El derecho a la equidad sexual.** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- 5. El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
- 6. El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

- 7. El derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- 8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.
- 9. El derecho a información basada en el conocimiento científico.** Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- 10. El derecho a la educación sexual integral.** Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.
- 11. El derecho a la atención de la salud sexual.** La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

MADRE ADOLESCENTE

1. MADRE ADOLESCENTE

La población mundial de adolescentes va en incremento constante y de manera considerable. Así lo sostiene la UNICEF (2011), en una de sus publicaciones que, en 2009, 1200 millones de adolescentes, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, constituyan el 18% de la población mundial.

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez hacia la adultez, en esta de la vida el individuo se va desarrollar de manera rápida a nivel físico, psicológico y social. En el paso hacia la adultez experimentará distintas situaciones problemáticas, en el caso de la adolescente, uno de los grandes problemas que deberá superar o enfrentar es el riesgo a quedar embarazadas en este periodo.

DEFINICION

González, et. al. (citado en Martínez y Waysel, 2009); define al embarazo en la adolescencia como “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la

adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". En otras palabras, el embarazo en la adolescencia es aquel fenómeno que se da en edades comprendidas entre los 10 y 19 años de edad, etapa en la que los procesos de desarrollo psicológico, intelectual, social, moral; aún no han alcanzado la madurez suficiente para afrontar la situación de madres.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo en la adolescencia es "aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental". La OMS establece la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad.

La maternidad no programada casi siempre genera tensión, pues la capacidad biológica y psicológica de la joven se ve fuertemente amenazada, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja, por lo que siente desafiadas sus necesidades básicas (Martínez y Waysel, 2009).

En cuanto a los proyectos de vida de las jóvenes estas se relacionan con las diversas intenciones, actividades o bien metas que desea cumplir en su vida ya sean a corto, mediano o largo plazo.

La responsabilidad de cuidar y criar a un hijo (a) para toda madre es un cambio rotundo en su vida, sin importar la edad de esta, ya que los cambios en la rutina diaria de las madres dan un gran giro notable, que en muchas ocasiones suele ser agotador, sin embargo, cuando esta situación es enmarcada en adolescentes esto se puede complicar, ya que estas jóvenes se ven en la obligación de abandonar muchas de sus metas. Mincha, C. (citado en Bermúdez, et. al., 2013).

2. ESTADÍSTICAS SOBRE MATERNIDAD ADOLESCENTE

2.1 A NIVEL MUNDIAL

Distintas instituciones de reconocimiento mundial como la OMS, UNICEF, entre otros; han dado a conocer estadísticas significativas acerca de la ocurrencia de la maternidad adolescente, destacan que este fenómeno se da con mayor incidencia en países y sectores donde la población adolescente se encuentra dentro de las condiciones socioeconómicas bajas y medias para ser exactos el 95% de los embarazos durante la adolescencia se da en adolescentes de éstas condiciones.

En América Latina, los nacimientos entre las adolescentes representan entre 15 y 20% del total; de éstos, 70% son embarazos no planeados (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2003; en adelante GIRE).

2.2 EN EL PERÚ

La maternidad en el Perú está empezando desde los 11 años y en la última década, se viene incrementando el número de madres menores a 15 años de edad, lo cual es una gran preocupación, pues, las adolescentes están expuestas a situaciones de mayor vulnerabilidad como deterioro de su salud, deserción escolar, enfrentar dificultades para acceder a trabajos remunerados, e incluso mortalidad materna (INEI, 2016).

Población femenina, mujeres en edad fértil y adolescentes

Los siguientes datos estadísticos son los que se han recopilado del informe **Perú: fecundidad adolescente síntesis estadística**, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e informática en el 2016.

En el país, en el año 2016 según proyecciones, la población femenina asciende a 15 millones 716 mil, siendo las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años 8 millones 397 mil, representando el 53,4% del total de la población femenina. Las mujeres adolescentes de 12 a 19 años constituyen 2 millones 279, que equivalen al 14,5% de la población de mujeres.

Fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, alguna vez embarazadas

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el periodo 2014/2015, investiga el comportamiento reproductivo de las adolescentes de 15 a 19 años de edad. Los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, pero en las grandes ciudades generalmente no son deseados, y se dan principalmente en parejas que no han iniciado una vida en común con las evidentes consecuencias sociales, económicas y de salud que ello deriva.

Los resultados del período 2014/2015 señalan que el porcentaje del total de adolescentes alguna vez embarazadas llega al 13,6%, representando más de 193 mil adolescentes, de las cuales, el 10,6% ya eran madres y el 2,9% se encontraban gestando por primera vez. Según edad, la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación aumenta rápidamente conforme avanza en edad. Así, a los 15 años significan el 3,0% y a los 19 años el 28,7%.

Fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad, según área de residencia y región natural

En el área rural, el porcentaje de las adolescentes que ya eran madres o que estaban embarazadas por primera vez, es dos veces mayor que en el área urbana. En el período 2014/2015 representó el 22,5%, en tanto que, en el área urbana significó el 10,8%.

En el último quinquenio, el embarazo de mujeres adolescentes en el área rural aumentó en 3,2 puntos porcentuales, al pasar de 19,3% en el año 2010 a 22,5% en 2014/2015. En cambio, en el área urbana disminuyó en 0,5 punto porcentual. Esta es una situación preocupante que requiere adecuadas políticas de salud y salud reproductiva, tendiente a la disminución del embarazo adolescente.

Por regiones, la cuarta parte de las adolescentes que residen en la Selva estuvieron alguna vez embarazadas, mientras que Lima Metropolitana tiene el menor porcentaje, 8,3%.

En la encuesta de ENDES, 2012, las estadísticas respecto a las madres adolescentes según la región natural, es como sigue; la mayor cantidad de madres adolescentes se encuentra en la región selva indicando un 27.5%; seguido de la costa periférica manteniendo un 13.3%; en la región sierra se mantiene un 12.4% ocupando el tercer lugar, y el menor porcentaje lo encontramos en Lima metropolitana con un 7.7% de madres adolescentes que han sido madres.

3. INICIO PRECOZ DE LAS RELACIONES SEXUALES EN LA ADOLESCENCIA

Comité Ejecutivo Nacional (2013), basada en las encuestas de la ENDES 2012, concluye que, los inicios de las relaciones sexuales según la encuesta del 2012 fueron como sigue:

Mujeres

- Las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años que refieren haber tenido relaciones sexuales pasaron de 18.4% (1991/92) a 29.2% (2012).
- Así mismo en el 2012; las adolescentes mujeres que iniciaron actividad sexual antes de los 15 años pasó de 3.6% (1991/2) a 6.0% (2012).
- En el 2014, el INEI informó que el 6,3% de las adolescentes han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años, el 2,0% se unieron por primera

vez antes de los 15 años y el 0,6% tuvieron un bebé antes de cumplir 15 años.

Varones

- Adolescentes varones de 15-19 años, que refieren haber tenido relaciones sexuales es de 44.6%.
- Entre los adolescentes varones que tuvieron relaciones sexuales: 20% las tuvieron entre los 12 a 14 años, mientras que el 80% restante entre 15 y 19 años.

Observamos que el fenómeno de inicio de las relaciones sexuales se va incrementando en cantidad tanto en mujeres y varones, predisponiendo o actuando como una de las causas del embarazo en la adolescencia.

4. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS CAUSANTES DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE EN EL PERÚ

Los siguientes datos y estadísticas que se exponen líneas adelante están basadas en el informe del INEI realizado en el 2016.

A. Nivel educativo

Existe una asociación inversa entre nivel educativo y nivel de fecundidad. A mayor educación menor fecundidad. Según la ENDES, en 2014/2015, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya son madres o que están embarazadas por primera vez es tres veces más en las mujeres con educación primaria (37,9%) que en las mujeres con educación secundaria, (12,6%) y seis veces más que en las mujeres con educación superior (6,1%). En el 2012, las madres adolescentes sin educación, ascendía a un 56.7%, siendo este factor como determinante en definir el embarazo en la adolescencia.

Observando la tendencia de la fecundidad adolescente en el último quinquenio, se tiene que la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas se incrementó en 4,2 puntos porcentuales en las que tienen educación primaria y en 1,1 puntos en las de educación secundaria. Por el contrario, en las adolescentes con educación superior se vio disminuida en el período 2010-2014/2015 en 0,6 punto porcentual.

B. Condición socioeconómica

De acuerdo al quintil de riqueza del hogar donde residen las adolescentes, cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, mayor es la probabilidad de las adolescentes de 15 a 19 años de edad de ser madres en comparación con las adolescentes de los estratos más altos. Así, en 2014/2015, una de cada cuatro adolescentes del quintil inferior ya eran madres o se encontraban gestando por primera vez (24,9%), en cambio, en las del quintil superior solo el 4,9% se encontraba en dicha situación.

Según la tendencia, en el período 2010-2014/2015, el porcentaje de alguna vez embarazadas del quintil inferior aumentó en 2,5 puntos porcentuales, en tanto que, las del quintil superior, se incrementó en 0,7 punto porcentual.

C. Estado conyugal

La mayor proporción de adolescentes de 15 a 19 años de edad, que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, mantienen una relación de pareja, es decir, casada o conviviente, pero también existe una importante proporción de madres solteras. Según la encuesta de 2014/2015, el 68,7% de las adolescentes casadas o convivientes son madres o estaban gestando por primera vez y un 22,5% no tienen pareja conyugal, es decir, son solteras. Este comportamiento casi no ha variado en los últimos cinco años, las madres solteras se mantienen en alrededor de un 23,0 %.

D. Acceso a seguro de salud

En el año 2014/2015, la ENDES reportó que el 82,9% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya eran madres o que están embarazadas por primera vez, contaban con un algún seguro de salud, habiéndose incrementado en 14,7 puntos porcentuales en comparación con lo observado en el año 2010.

El tipo de seguro que más atendió a este grupo poblacional es el Seguro Integral de Salud-SIS, 78,0 %, cuyo porcentaje aumentó en 13 puntos porcentuales en el último quinquenio. Otro tipo de seguro al que accede la población adolescente es ESSALUD, 4,9%.

E. Uso de métodos anticonceptivos

La prevalencia de la anticoncepción para la regulación de la reproducción es uno de los determinantes próximos más importante de la fecundidad. Este

indicador es el más usado para evaluar el éxito de los programas de planificación familiar. Según la ENDES, de cada 100 adolescentes actualmente unidas que ya son madres o que se encuentran embarazadas por primera vez, 60 usan algún método anticonceptivo. De ellas, 48 usan métodos modernos y 12 métodos tradicionales.

Entre los métodos modernos más usados continúa siendo la inyección con el 34,4%, habiéndose incrementado 2 puntos porcentuales el porcentaje observado en el año 2010 (32,5%), le sigue la píldora 7,2% que también aumentó en 1 punto porcentual y el condón masculino con 5,4% que se redujo en 1 punto porcentual.

Cabe resaltar que estos datos respecto al uso de métodos anticonceptivos han sido recogidos de adolescentes que ya han sido madres, sin embargo, no se conoce si las adolescentes que aún no son madres tienen conocimiento de estos métodos. Aquí debe jugar un papel importante la educación en los colegios, talleres, charlas, entre otros, impartidos por los profesionales de la salud debidamente capacitados.

F. Acceso a servicios básicos en las viviendas de las madres adolescentes

El acceso al agua para beber por red pública dentro y fuera de la vivienda es mayor en las viviendas de las adolescentes que no son madres (82,1%) que en las madres o embarazadas por primera vez (74,3%).

Por otro lado, el 49,7% de las viviendas que habitan las madres adolescentes tienen servicio higiénico conectado a red pública y de las que no son madres llega a 68,4%. Asimismo, el 12,9% de las viviendas de las madres adolescentes aún no tienen energía eléctrica.

G. Madres adolescentes y el consumo de bebidas alcohólicas

El uso nocivo del alcohol está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática. De acuerdo con los resultados de la ENDES 2014/2015, el 66,5% de las adolescentes que ya son madres o que están gestando por primera vez declararon que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo de algún tipo de licor en las adolescentes del área urbana (74,8%) que en las del área rural (48,9%).

En los últimos 12 meses, el 48,1% consumió alguna bebida alcohólica, en el área urbana el 56,3% y en el rural el 30,8%. El consumo actual de las adolescentes llega al 17,2%, mayor en el área urbana (21,1%) que en el área rural (8,9%).

H. Experiencia de violencia

Las adolescentes que ya son madres o que se encontraban gestando al momento de la entrevista son las más vulnerables a algún tipo de violencia. En los últimos 12 meses, el 17,9% de ellas sufrieron violencia física y/ o sexual, especialmente la violencia física 17,1%, mientras que la violencia sexual es ejercida en el 2,7% de las adolescentes. De acuerdo a la tendencia, estos porcentajes han disminuido en los últimos 3 años, así, la violencia física pasó de 20,6% en el año 2012 a 17,1% en 2014/2015 y la violencia sexual se redujo de 4,8% a 2,7% en dicho período.

De acuerdo al Comité Ejecutivo Nacional (2013), las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años de edad son el grupo más afectado por la violencia psicológica (70.4%) de parte de sus parejas. Asimismo, este grupo es el que más se ha visto afectado por la violencia física (19.6%) y violencia sexual (4%) por parte de sus parejas en los últimos 12 meses.

5. ALGUNAS CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

- Abandono de la escuela

En todos los grupos socioeconómicos y sociodemográficos hay una estrecha relación entre el embarazo temprano, el inicio de una unión (que sea matrimonial o consensual) y el abandono de la escuela:

Según el Comité Ejecutivo Nacional. (2013). La principal razón de abandono de estudios en mujeres de 15-24 años es el embarazo en casi todos los departamentos, especialmente en Apurímac (+15%), Madre de Dios (+17%) y Loreto (+15%), seguido de una unión y el cuidado de niños. (basado en las encuestas del INEI-ENDES 2000).

Las principales razones por la que los y las jóvenes entre 15 y 29 años no asistan a algún centro de educación básica o superior son por “problemas económicos” (38.3%), y “por trabajo” (21.2%). En el caso de las mujeres de 15 a 29 años de edad que no están estudiando, las principales razones son por “problemas económicos” (37.6%), seguido de los “quehaceres del

hogar” (13.0%), “trabajo” (12.5%) y el “embarazo temprano” (9.1%).
SENAJU-Resultados Finales de la Encuesta Nacional de la Juventud, 2011.

- **Poca Accesibilidad al trabajo.**
- **Estigmatización social.**
- **Tronco en el desarrollo del proyecto de vida**
- **La mortalidad materna en adolescentes**

La mortalidad materna en las adolescentes de 15 a 19 años con valores extremadamente altos, de 276 y 241 por 100,000 nacidos vivos

Así mimos, las atribuciones a las causas de muerte se atribuye causas directas e indirectas.

Causas directas:

- Trastorno hipertensivo del embarazo,
- aborto definido
- hemorragia obstétrica.

La hipertensión del embarazo llega al 41% de las causas directas y el aborto representa el 29%. Siendo ésta última la segunda causa de muerte materna en adolescente, cuya tendencia va en aumento.

Causas indirectas

Muerte violenta que son catalogadas como suicidio. El suicidio constituye más del 50% de las causas indirectas de mortalidad materna en adolescentes.

- El hecho de ser madres a temprana edad dificulta el desarrollo lógico del proceso de **crecimiento físico y psicológico**; sobre todo si esta hace parte de una sociedad en donde varios de sus miembros las discriminan y las rechazan. El hecho de ser madres adolescentes, de alguna manera impide a la joven continuar con **su proyecto de vida** y con los objetivos planteados sobre todo en lo que hace referencia a la culminación de su etapa escolar. Un embarazo precoz genera en las jóvenes adolescentes una grave incidencia en su proyecto de vida y una problemática por los sectores involucrados. Bermúdez, H. et. al. (2013).

6. FACTORES PREDISPONENTES

La adolescencia constituye un momento de vulnerabilidad de los sujetos en su tránsito a la adultez, que cobra una significación especial cuando tiene lugar en situaciones de riesgo, fragilidad y precariedad en los vínculos relationales, familiares y sociales. En la adolescente embarazada, se tiene una problemática de fondo social ya que, por su edad, no cuenta con una estructura psíquica firme; el embarazo en esta edad es considerado como un problema de carácter social y cultural, eso sin identificar si para la adolescente también lo es.

El embarazo adolescente es más frecuente que lo que la sociedad quisiera aceptar. Entre sus posibles causas se encuentra el inicio temprano de la vida sexual de los jóvenes, el uso inadecuado o el no uso de métodos anticonceptivos, así como la falta o insuficiente información sobre sexualidad, el bajo nivel educativo y económico, los bajos niveles de planeación y expectativas que poseen los jóvenes con respecto a su futuro, una pobre imagen y valorización de la mujer, sentimientos de soledad y rechazo, entre otras (Erikson, 2004).

Dice Erikson, E. Cuando la joven se embaraza, ocurren dos cosas:

1. Sigue con ella su pareja sexual, o
2. El varón huye ante la inminente responsabilidad de su paternidad.

En la mayoría de los casos que, la joven se tiene que enfrentar al estigma de su grupo social y es empujada hacia el mundo del hogar o bien al mundo laboral para el cual aún no se encuentra preparada.

Su hijo(a) es concebido como un niño símbolo, mismo que cambia con el grupo social y le otorga una acepción que lo convierte en “problema”.

La edad aproximada de las alumnas de preparatoria es entre 15 y 20 años, por lo que aquellas que tienen vida sexual activa, aumentan el período de riesgo de un embarazo no planeado. Con excepción del embarazo por violación, es obvio que las adolescentes que presentan un embarazo no planeado tuvieron contactos sexuales sin la protección adecuada para evitarlos, sin embargo detrás de esto hay una raíz multifactorial.

Según Erikson (2004). Los factores asociados al embarazo son los siguientes:

FACTORES FAMILIARES

- Familias disfuncionales o sin figura paterna.

- Deficiente comunicación entre padres e hijos.
- Ignorancia o vergüenza de los padres a tratar temas de sexualidad.
- Repetición del patrón de la conducta familiar “mamá soltera”.

FACTORES EDUCATIVOS

- Tener relaciones sexuales sin protección, es decir sin usar condón o cualquier método anticonceptivo.
- Información sexual de compañeros desinformados y sin formar.
- El desconocimiento, desinformación o mala información sobre el uso de métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes.
- Desconocimiento de centros de información por parte de los adolescentes.
- Información confusa por parte de la sociedad y medios de comunicación con mensajes contradictorios.
- El no comprender lo que significa tener relaciones sexuales a tan temprana edad.
- Falta de educación sexual, información u orientación adecuada, ya que muchas y muchos adolescentes no tienen la información suficiente, adecuada y oportuna, como para comprender cómo se origina un embarazo y lo que implica.

FACTORES EMOCIONALES QUE SE PRESENTAN EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

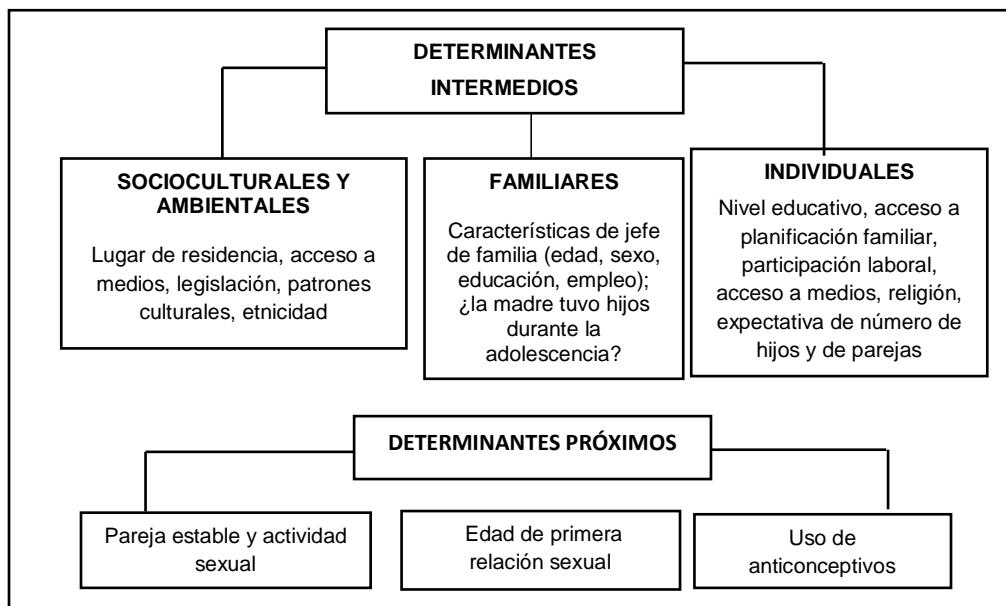
- Falta de confianza y seguridad.
- Falta de capacidad para rehusar tener relaciones bajo presión.
- La falta de control en las emociones e impulsos sexuales, así como la presión de amigos para demostrar que son “hombrecitos” o “mujercitas”.
- Temor al rechazo.
- El sentirse invulnerables y que nada va a pasar, porque eso solamente les ocurre a otras.
- El tomar el embarazo como un escape de los problemas familiares, con el fin de salir de casa y formar otra familia, que en la mayoría de los casos termina fracasando.
- Bajas aspiraciones en la vida.

- Querer dar un sentido a la vida, cuando a esa edad, hay muchos otros factores que debieran dárselo.
- Carencia de proyectos personales.
- Buscan sustitutos a las carencias emocionales y afectivas que se logran momentáneamente con la pareja.
- Carencia de interés en la escuela familia, o actividades comunitarias.
- Dejarse guiar por el principio del placer o por el coito espontáneo no razonado.
- La falta de valores personales, de autoestima e inseguridad, de religiosidad y el miedo al abandono del novio, por no ceder, lo que generalmente ocurre de todos modos.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

- Acudir a escuelas donde los embarazos en adolescentes son comunes y no son un problema a resolver.
- Las costumbres y tradiciones generacionales, que en muchos países y comunidades obligan a las jovencitas a embarazarse a temprana edad.
- Las presiones amorosas, el acoso sexual o las amenazas de abandono, conductas que forman parte del machismo para demostrar su virilidad.
- Vivir en una cultura donde, televisión, cine, música, y revistas, transmiten frecuentemente mensajes en los cuales las relaciones sexuales especialmente en adolescentes son comunes y a veces esperadas.
- Vivir en una cultura que promueve la comercialización del sexo. Donde el sexo placer se convierte en el principal factor moderno de venta de productos. Donde el erotismo y la mujer objeto, son los elementos indispensables utilizados en la publicidad de los productos.
- Machismo entre los jóvenes. Donde la hombría y masculinidad se valora de acuerdo al número de contactos sexuales con chicas.
- Uso temprano de alcohol, tabaco o drogas.
- El creer que por medio de un embarazo se va a amarrar al novio, quien por sus principios o por presión familiar va a “cumplir”. Pero en la actualidad esto ya no sucede con frecuencia y es la joven la que tiene que asumir sola la responsabilidad.

Figura 4: Determinantes intermedios y próximos en el embarazo adolescente



Fuente: Mendoza, W., & Subiría, G. (2013)

PROYECTO DE VIDA

1. DEFINICIÓN

El proyecto o plan de vida representa, entonces, en su conjunto, “lo que el individuo quiere ser” y “lo que él va a hacer” en determinados momentos de su vida, así como las posibilidades de lograrlo (D’Angelo, 1986).

El proyecto de vida es una herramienta que pretende apoyar el crecimiento personal, identificando las metas que deseamos conseguir y reconocer las capacidades que poseemos; este plan evita la dispersión y el desperdicio de tiempo y de nuestros recursos, se expresan todas aquellas ilusiones, sueños, metas y objetivos que se desean alcanzar, considerando los diferentes aspectos de nuestra vida; involucra la toma de decisiones con madurez; para lograrlo se necesita constancia, perseverancia para cumplirlo (Iribarri, 2010).

Amato (citado en Iribarri, 2010), dice que, en el caso de la adolescencia existe evidencia de que tener un proyecto de vida mejora las probabilidades de desarrollo de hábitos saludables y reduce el peligro de efectos adversos de los distintos factores de riesgo sobre la salud integral del adolescente. Desempeña, una función de integración direccional, valorativa e instrumental, de las orientaciones de la personalidad, con los modos posibles de su realización concreta en la actividad, conservando la unidad de sentido general de toda la personalidad.

El proyecto de vida se puede diseñar a corto, mediano y largo plazo.

- Corto plazo: menos de un año.
- Mediano plazo: de uno a cinco años.
- Largo plazo: más de cinco años.

Un Proyecto de Vida incluye los elementos más importantes que deseas que haya en tu vida. Es un bosquejo de cómo quiero que sea mi vida, de qué quiero que haya en ella: relaciones, actividades, personas, lugares, cosas, trabajo, familia.

Para analizar los elementos que deseamos incorporar en tú proyecto de vida se puede hacerlo usando el modelo de Niveles Neurológicos propuesto por Robert Dilts, (citado en D'Angelo, 1986).

Robert Dilts señala que toda experiencia humana puede ser analizada a partir de 6 niveles neurológicos:

- Espiritual.
- identidad
- Creencias y valores
- Capacidades
- Acciones
- Medio ambiente

El proyecto de vida debe responder a distintas preguntas, para ello Velázquez Cortés, S. (2002), plantea un modelo de preguntas según a los niveles neurológicos propuestos por Robert Dilts, como vemos a continuación:

NIVEL 1: IDENTIDAD TRASCENDENTE

- a) ¿Quién soy ante lo trascendente? (Dios, el Universo o lo que yo considere trascendente).
- b) ¿Qué tan importante es para ti la creencia en Dios o de algo que te trasciende?
- c) ¿Cómo deseas que esta relación con la divinidad se exprese en tu vida
- d) diaria?
- e) ¿Te consideras invitado por Dios a algo? Si no crees en Dios, ¿Crees en algo que te trasciende, como el Universo en su totalidad?

NIVEL 2: IDENTIDAD.

- a) ¿Quién soy como individuo en este aquí y en este ahora?

- b) ¿Quién quiero ser? Puedes considerar tus diferentes roles: adolescente, joven, adulto, hombre/mujer, padre/madre, hijo/hija, estudiante, trabajador, ciudadano, jubilado, viudo/a.
- c) En este nivel es parte importante un sentido de misión personal: ¿Tienes definido un sentido de misión en esta experiencia humana?

NIVEL 3: VALORES, CREENCIAS, ACTITUDES.

- a) ¿Qué valores deseo expresar?
- b) ¿Qué actitudes deseo asumir en mi vida?
- c) ¿Qué creencias deseo fortalecer y cuáles deseo cambiar?

NIVEL 4: CAPACIDADES.

- a) ¿Qué habilidades o capacidades deseo desarrollar para aplicarlas en mi actuar cotidiano?
- b) ¿Qué aptitudes son fáciles para mí, casi naturales?, es decir ¿Para qué soy muy bueno?
- c) ¿Qué capacidades he desarrollado con disciplina y esfuerzo?

El Proyecto de Vida hacia el exterior incluye los dos Niveles Neurológicos restantes:

NIVEL 5: ACCIONES.

- a) ¿Cómo quiero actuar cada día?
- b) ¿Qué tipo de actividades deseo realizar o deseo dejar de realizar cada día?

NIVEL 6: MEDIO AMBIENTE

- a) ¿Dónde quiero estar?
- b) ¿Con quiénes deseo convivir?
- c) ¿Cómo quiero relacionarme con el medio ambiente en que me desenvuelvo?

2. CARACTERÍSTICAS

Según Iriberry (2010), el proyecto de vida tiene las siguientes características:

Personal

La elaboración del proyecto de vida obedecerá a tu situación específica, a tus gustos, necesidades e intereses. Nadie debe realizarlo por ti, tal vez puedas solicitar consejos o sugerencia a las personas más cercanas sin que ello sea determinante

porque es un proyecto tuyo. Las metas son personales y sólo tú puedes decidir a dónde quieres llegar.

Realista, objetivo y coherente.

La planeación y el establecimiento de las metas deberán corresponder a tu realidad, a tus posibilidades, capacidades, aptitudes y habilidades. Esto implica que debes conocerte bien y reconocer el medio en el que te desenvuelves. Deberás considerar aquello que sí depende de ti, no de lo que otros puedan hacer por ti ni del azar o de una circunstancia externa. Por ejemplo, puedes planear cuánto ahorrarás porque ello si está en tus manos, pero no puedes tomar en cuenta que te sacarás la lotería o el “me late” porque eso no depende de ti. Deberá planearse lo que se espera lograr y especificar lo que se hará para lograrlo.

Flexible

Nuestra vida va transcurriendo en diversas formas y situaciones sean personales, familiares, escolares, laborales o sociales, que podrían cambiar en algún momento; una enfermedad, un accidente, un nuevo trabajo, un bebé, la edad que va avanzando, la muerte de algún ser querido, entre otras, por las que será necesario replantearnos el proyecto de vida, que habíamos definido tanto en cuestión de las metas como en los medios y recursos con que contemos para alcanzarlas.

Por esas razones el proyecto debe ser flexible, porque debe tomarse un tiempo para revisarse y realizar los ajustes que sean necesarios y replantearlo en vista de que las condiciones, necesidades o la nueva situación, sin dejar de lado la voluntad de conseguir aquello que se quiere obtener.

3. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO DE VIDA

Toledo (1998), plantea los siguientes factores como intervenientes en la planificación del proyecto de vida.

A. INFLUENCIA PERSONAL.

En esta etapa de la vida, las y los adolescentes a menudo sienten que sus padres los cuestionan o los regañan. Se sienten extraños, ajenos, diferentes al resto de los miembros de su familia. Se descubren necesitando espacios íntimos y silencios. Notan que ya no les funcionan del todo aquellas reglas que les parecían normales. Cambia la lógica, cambia la perspectiva. Las adolescentes y los adolescentes se saben útiles y fuertes,

anhelan mostrar sus capacidades productivas y desean participar en equipos de reflexión y debate, en talleres que les abran la oportunidad de convertirse en aprendices Inteligentes. Algunos sienten la necesidad de probarse como líderes. Junto con los espacios de trabajo, necesitan lugares seguros para el juego y la convivencia, así como espacios para aprender a relacionarse, como adolescentes, de igual a igual.

B. INFLUENCIA FAMILIAR.

La plenitud, la fuerza y el intenso movimiento de cambio y reflexión que caracterizan la vida adolescente ponen a prueba el equilibrio familiar. Por una parte, las madres y los padres tienen que enfrentarse al hecho de que sus hijos, paulatinamente, están logrando su propia autonomía. Entonces tienen que imaginar nuevas maneras de relacionarse con ellas y con ellos, tienen que ajustar algunas de las reglas de la casa y tienen que eliminar otras que, ahora, carecen de sentido.

Esta situación se complica pues no todos los padres están preparados para hacer estos ajustes y cambios, no todos saben cómo hacerlos, y algunos no están dispuestos a hacerlos. Por su parte, los jóvenes no siempre tienen la asertividad y la paciencia suficientes para elegir los momentos de diálogo, para explicar sus deseos, para exponer sus puntos de vista o para escuchar a sus padres. En esta etapa del curso de vida, las relaciones entre padres e hijos tienen que replantearse. Los hermanos menores, acostumbrados tal vez a contar con el tiempo y el apoyo de los grandes, quieren seguir gozando de su atención. Sin embargo, los hermanos grandes que atraviesan por la adolescencia no tienen tiempo ni paciencia para dedicarles. En ocasiones, los hermanos mayores pueden reaccionar con impaciencia ante las demandas y quejas de sus hermanos menores.

En suma, las relaciones entre hermanos también suelen replantearse cuando asoma la adolescencia a una familia. Así que, con la adolescencia, llega un huracán que lo descoloca todo, que produce largos períodos de incomodidad, algunas veces de incomunicación, o de reclamos, de desconfianza e incertidumbre. Es un período de ajuste inevitable, intenso y pasajero.

C. INFLUENCIA SOCIAL

Al llegar a la adolescencia, las jóvenes y los jóvenes se incorporan con plenitud a la vida social, con toda su belleza, riesgos y complejidades. Es en la sociedad donde los adolescentes encuentran motivos para expresarse, para comunicarse, para formular sus máspreciadas preguntas, para jugar y aprender, para diseñar proyectos.

La sociedad es para las y los adolescentes lo mismo que el aire es para las aves: una fuerza que impulsa y al mismo tiempo sostiene. Como todo aprendizaje ocurre por contrastes, las y los adolescentes enfrentan sus ideas, valores y costumbres a los valores, ideas y costumbres de otros grupos, de otras familias, de otras culturas diversas. No es que necesariamente rechacen lo que aprendieron en sus familias, es que quieren depurarlo, quieren tomar lo mejor que tienen y dejar atrás lo que ya no responde a lo que necesitan como personas autónomas.

Para las y los adolescentes, la familia tendría que convertirse, en términos ideales, en una especie de trinchera que les brinde protección, apoyo y puntos de referencia. Y también en una especie de catapulta que los impulse, con orgullo y confianza hacia la sociedad abierta. Desgraciadamente, las familias no siempre cumplen esta doble función de refugio y proyección. En ocasiones, sin saber cómo responder a las y los adolescentes, algunas familias luchan por retener o confinar a sus hijos y otras los lanzan a la calle, de manera prematura.

Las y los adolescentes no pueden estar solos en esta etapa de sus vidas porque su transición, además de ser personal, también es social. Para ellos cobran gran importancia los personajes “aspiracionales” que los rodean: los hombres y las mujeres que sobresalen en el entorno social por ser líderes, por compartir sus conocimientos o sus proyectos, por su fuerza, tenacidad, capacidades artísticas o por su bondad, por ejemplo. Para las y los adolescentes, tener contacto cotidiano con un personaje justo, emprendedor, alegre y comprometido con su arte, su oficio, su proyecto o su comunidad, puede llegar a ser un verdadero privilegio.

D. LOS IDEALES

El joven adolescente se encuentra en dos mundos, la fantasía, que se convierte en idealismo y que se traduce en las ganas de transformar el mundo en algo mejor y la realidad, que se opone al anterior. El adolescente tiene un idealismo hermoso, pero a veces iluso, ingenuo que choca con el realismo. No ha aprendido a renunciar, a ajustar el mundo de lo ideal al limitado y estrecho mundo de lo real; resultando muchas veces una confrontación dolorosa.

CAPÍTULO III

MARCO EPISTÉMICO – METODOLÓGICO

“El cómo y con quién se comparte el tiempo es lo que realmente significa”

1. EL PARADIGMA

El presente trabajo se desarrollará desde el enfoque de la investigación cualitativa (paradigma interpretativo); debido a la naturaleza social de los fenómenos (percepción de proyecto de vida en madres adolescentes), que se van a estudiar en la presente investigación; es necesario abordarlo desde estas características metodológicas. Nuestra intención no es la manipulación ni control deliberado de variables, ni demostrar o generalizar estadísticamente la ocurrencia de fenómenos; por el contrario, es interpretar y generar conceptos mediante el análisis de la información tratadas con técnicas netamente cualitativas.

Así mismo; buscamos descubrir, interpretar y comprender las diferentes vivencias por parte de los sujetos de información, madres adolescentes, respecto a las percepciones de su proyecto de vida.

La investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. No se trata por consiguiente del estudio de cualidades separadas o separables; se trata, pues del estudio de un todo integrado que forma o constituye primordialmente una unidad de análisis y que hace que algo sea lo que es: una persona, una entidad étnica, social, empresarial, un producto

determinado, etc.; aunque también cabe la posibilidad de estudiarse una cualidad específica, siempre que se tengan en cuenta los nexos y las relaciones que tiene con el todo, los cuales contribuyen a darle su significación propia (Martínez, 2006, p. 66).

La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente). La “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias realidades, por lo menos las de los participantes, la del investigador y la que se produce en la interacción de todos los actores (Hernández et al., 2014, p. 9).

En las investigaciones cualitativas se utilizan técnicas de recolección de datos no estandarizados, tales como; la entrevista, encuesta, historia de vida, revisión de documentos, entre otros.

En el paradigma con enfoque cualitativo (interpretativo) el investigador interpreta la forma como se interrelacionan los referentes sociales, sus actividades y pensamiento al ámbito social y cultural donde se desenvuelven y como manejan dentro de este sus problemas individuales. El término paradigma se inicia con Kuhn (1969), en su obra “Estructura de la revolución científica “donde habla de la ciencia normal, expresando lo siguiente “investigación basada firmemente en una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo para su práctica posterior” (p.33).

El mismo autor continúa expresando que en la actualidad esas realizaciones son relatadas aunque raramente en su forma original, por los libros de textos científicos tanto elementales como avanzados, y que antes de la popularización de estos a comienzo del siglo XIX muchos de los libros clásicos famosos de la ciencia también desempeñaban un papel similar tales como la física de Aristóteles, el Almagesto de Tolomeo y otros no menos importantes, los cuales, sirvieron durante cierto tiempo, para definir los problemas y métodos legítimos en el campo de la investigación para las sucesivas generaciones de científicos. Thomas Kuhn expresa más adelante lo siguiente:

Su logro carecía suficientemente de precedentes como para haber podido atraer a un grupo duradero de partidarios, alejándolos de los aspectos de competencia de la actividad científica. Simultáneamente eran lo bastante incompletas para dejar muchos problemas para ser resueltos por el redelimitado grupo de científicos. Voy a llamar, de ahora en adelante a las

realizaciones que comparten esas dos características “Paradigma”, término que se relaciona estrechamente con ciencia norma” (p. 34).

El paradigma utilizado en este estudio es el post positivista, este paradigma intenta sustituir las nociones científicas de explicación, predicción, y control del paradigma positivista por las nociones de comprensión, significado y acción. De acuerdo a Martínez, (2006) la diferencia entre el paradigma positivista y el post positivista se ubica en su gnoseología o teoría del conocimiento. En el post positivista se supera el esquema positivista que considera la percepción como simple reflejo de las cosas reales y el conocimiento como copia de esa realidad. Al contrario, para el post positivismo, el conocimiento es considerado como el resultado de una interacción dialéctica entre el conocedor y el objeto conocido.

2. EL MÉTODO

Todo trabajo de investigación requiere de un método, esto debido a que se requiere estudiar una realidad y para ser estudiados se debe guiar por un método el cual permite mediante un conjunto de procedimientos sistemáticos, estudiar esta realidad, a este se le denomina método científico, y que Palella y Martins (2006) lo definen como: “...conjunto de procedimientos sistemáticos y organizados, orientados a describir, explicar, predecir y controlar evidencias de un hecho susceptible de investigación” (p.24).

El presente estudio pretende, interpretar y comprender la percepción de proyecto de vida de madres adolescentes. Para tal fin, el método empleado en la presente investigación cualitativa, es el método fenomenológico; Husserl (citado en Martínez, 2006), fundador del método fenomenológico, define al método como el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre, así mismo acuñó el término *Lebenswelt* (mundo de vida, mundo vivido) para expresar la matriz de este “mundo vivido, con su propio significado” (p. 137)

En la fenomenología, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno (categorías que comparten en relación a éste). Creswell (citado en Hernández, 2014, p. 493).

3. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Madres adolescentes de 14 a 20 años de edad que asisten a los establecimientos de salud del distrito de Jacobo Hunter, provincia y departamento de Arequipa.

4. PARTICIPANTES

Para la presente investigación, el número de participantes estará constituida por 06 madres adolescentes de 14 a 20 años de edad que asisten a los establecimientos de salud del distrito Jacobo Hunter, provincia y departamento de Arequipa.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser madre adolescente, tener su primer hijo antes de los 20 años de edad.
- Vivir en el distrito de Jacobo D. Hunter.
- Recibir asistencia en salud en los Establecimientos de Salud de la Microred de Hunter.
- Tener la firma del consentimiento informado.
- Haber tenido un embarazo no planificado.
- Embarazo no por violación sexual.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madre mayor de 21 años.
- No ser madre adolescente.
- No haber firmado el consentimiento informado.
- Embarazo planificado.
- Embarazo por violación.

Tabla 2: Datos sociodemográficos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
CATEGORÍA	FRECUENCIA
EDAD	
17 años	1
18 años	1
19 años	4
ESTADO CIVIL	
Solteras	2
Conviviente	4
Casada	0
NIVEL ECONÓMICO	
Alto	0
Medio	2
Bajo	4
GRADO DE INSTRUCCIÓN	
Secundaria completa	2
Secundaria incompleta	1
Superior incompleta	3
PROCEDENCIA	
Provincia	2
Arequipa	4

En la tabla anterior, datos sociodemográficos, se observa que la edad promedio de las participantes es de 19 años; la mayoría al momento de la investigación convivían con sus parejas o enamorados; el nivel económico bajo es característico en las participantes; en su mayoría cuentan con estudios superiores incompletos y finalmente, Arequipa es la ciudad natal de la mayoría de las participantes.

Tabla 3: Aspectos relacionados a la maternidad adolescente

ASPECTOS RELACIONADOS A LA MATERNIDAD ADOLESCENTE	
CATEGORÍA	FRECUENCIA
INICIO DE VIDA SEXUAL	
15 Años	2
16 Años	1
17 Años	2
18 Años	1
EDAD DE EMBARAZO	
16 Años	1
17 Años	3
18 Años	1
19 Años	1
PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO	
SÍ	0
NO	6
TIPO DE FAMILIA	
Integrada	4
Desintegrada	2
TIPO DE RELACIÓN FAMILIAR	
Buena	1
Regular	4
Mala	1
EDUCACIÓN SEXUAL	
Buena	0
Regular	3
Deficiente	3

En la tabla anterior, aspectos relacionados a la maternidad adolescente, se visualiza que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales fue entre los 15 y 17 años de edad; mientras que la edad promedio de embarazo es de 17 años y como edad mínima fue a los 16 años; ninguna de las participantes planificó su embarazo; la mayoría proviene de familias integradas, sin embargo la dinámica familiar no es la adecuada, regular; finalmente ninguna tiene conocimientos y prácticas adecuadas en temas de educación sexual.

5. TIPO DE MUESTREO

Para la presente investigación, según sus fines perseguidos y de acuerdo a la naturaleza cualitativa de la investigación; se ha optado por seleccionar las participantes, de acuerdo al ***muestreo no probabilístico, intencional y según determinados criterios.***

No probabilístico; ya que la intención de la presente investigación no es generalizar los resultados del mismo, además, la selección de las participantes no se enfoca en un número considerable de casos debido a la naturaleza cualitativa de la investigación.

Intencional; Todos los procedimientos de muestreo en la investigación cualitativa presentan un carácter intencional. En la investigación cualitativa, lejos de tener todos los miembros del universo una misma probabilidad de aparecer en la muestra, es el investigador quien decide no únicamente qué individuos formarán parte de la muestra, sino también cuál será el tamaño de la misma. Hammersley y Atkinson, (citado en Izcarra, 2009, p. 98).

Según determinados criterios; Namakforoosh (citado en Izcarra, 2009, p, 98), define el muestreo intencional como aquél en el que todos los elementos muestrales de la población son seleccionados bajo el estricto juicio personal del investigador.

Para la presente investigación los criterios de inclusión que se tomarán en cuenta para la selección de los participantes son:

- Ser madre adolescente, tener su primer hijo antes de los 20 años de edad.
- Vivir en el distrito de Jacobo D. Hunter.
- Recibir asistencia en salud en los Centros de Salud de la Microred de Hunter.
- Tener la firma del consentimiento informado.
- Embarazo no planificado.
- Embarazo no por violación sexual.

6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para el enfoque cualitativo, al igual que para el cuantitativo, la recolección es fundamental, pero a diferencia del enfoque cuantitativo que lo que busca es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico, el cualitativo lo que

busca es obtener datos que luego se convertirán en información de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad, en cuanto al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias, procesos y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimientos.

Debido la naturaleza de la presente investigación, el cual exige la utilización de técnicas de recolección de información no estandarizados, propios de este enfoque; se utilizará la entrevista en su modalidad de entrevista en profundidad (ver anexo 1), como técnica principal y; la encuesta sociodemográfica (ver anexo 2), como apoyo en la recolección de información.

Entrevista

Nuestra guía de entrevista está conformada por temas centrales relacionados a nuestros objetivos de investigación, los cuales son:

1. Percepción de proyecto de vida
 - Antes de ser madre
 - Después de ser madre
2. Pensamientos y emociones de la madre adolescente
3. Significado de ser madre adolescente
4. Posibles motivaciones/causas de la maternidad adolescente
5. Reacción de los padres ante la situación
6. Reacción de la pareja sentimental/sexual
7. Aspectos sociales y de educación sexual (complementarios a la entrevista)

Encuesta sociodemográfica

Elaboramos una pequeña encuesta con la finalidad de recopilar datos sociodemográficos de la madre adolescente, la misma que se administrará previo a la entrevista y posterior al *raport*, es decir cumplirá la función de introducción a la entrevista. Los aspectos que consideramos son los que siguen:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Procedencia | 2. Tipo de relación familiar |
| 3. Edad | 4. Nivel educativo |
| 5. Estado civil | 6. Nivel económico |
| 7. Planificación de embarazo | 8. Inicio de las relaciones sexuales |
| 9. Tipo de familia | 10. Conocimientos de métodos anticonceptivos |

A continuación, se da algunas consideraciones que se deben tener en cuenta al momento de la entrevista, nos guiarán para la adecuada práctica de la misma.

LA ENTREVISTA

Una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias. (Álvarez, 2009).

Steinar (citado en Álvarez y Gayou, 2009), define que el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa es “obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos”.

La entrevista en profundidad

El objetivo principal de las entrevistas en profundidad es la de generar y producir discursos, para ello se debe tener muy en cuenta el clima y la interrelación que se le brinde al entrevistado (a). Mediante la entrevista en profundidad, como técnica principal de nuestra investigación, pretendemos recopilar datos sobre las experiencias, vivencias, significados, percepciones, entre otros, respecto a su proyecto de vida estando en condición de madres en la etapa de la adolescencia.

Penalva (2015), establece los elementos básicos de la entrevista en profundidad, considerando: el acceso al entrevistado, la interacción entre entrevistador y entrevistado, el contexto de la entrevista, el desarrollo y el comportamiento del entrevistador (p. 38);

En cuanto al acceso, la entrevista en profundidad se lleva a término mediante el acceso indirecto: se suele aprovechar el entorno social del entrevistado, a través de amigos, vecinos o familiares, para contactar con la persona con la que se conversará. Eso obedece al procedimiento de selección de las participantes, basado en un muestreo no probabilístico.

En cuanto a la interacción entre entrevistador y entrevistado, son importantes las cuestiones relacionadas con la generación de un clima de confianza entre los interlocutores. Es lo que se denomina clima o rapport necesario para que el entrevistado se encuentre cómodo y se exprese con libertad (Penalva 2015, p. 38).

Para el desarrollo de la entrevista y su éxito, en el sentido de adecuación y de obtención de información a los objetivos de la investigación, se deben tener en cuenta los contextos en los que ésta se desarrolla. Unos contextos muy conectados entre sí, que tienen que ver con las relaciones lingüísticas (contexto convencional) y con las relaciones sociales (contexto situacional). El primero, **contexto convencional**, relacionado con el “contrato de comunicación”, este «se encuentra constituido, inicialmente, por unos parámetros que representan los saberes mínimos compartidos de los interlocutores sobre lo que hay en juego y los objetivos del diálogo. Por otro lado, resulta bastante obvio que las condiciones en las que se produce el discurso en una entrevista también son importantes. Se deben atender, por ejemplo, los aspectos funcionales (ausencia de ruido, distancia entre los interlocutores, etc.) y los aspectos de tipo simbólico, como es la situación que representa el lugar donde discurre la conversación (si está cargado afectivamente o ideológicamente de valores).

El contexto situacional, vinculado con las relaciones sociales, y la percepción de la confidencialidad respecto a la información brindada, así mismo; Son relevantes, entonces, las relaciones que se establecen entre los interlocutores de acuerdo con los roles asociados a los estatus que representan.

Las diferencias de clase, género y edad, las socioculturales de raíz tanto ecológica (rural/urbano) como educativas e institucionales, son relevantes aquí por las consecuencias que tiene, tanto en relación con la complicidad como con el recelo.

Con respecto al desarrollo de la entrevista, debemos considerar, en primer lugar, el tiempo. El tiempo de la entrevista depende de múltiples factores: la temática, el clima creado, la obtención de la información necesaria, la disponibilidad del entrevistado. No obstante, cabe la posibilidad de dividir una entrevista en varias sesiones. En todo caso, no hay límites previamente establecidos, porque cada entrevista es única e irrepetible.

La entrevista puede durar entre quince minutos y hora y media. No obstante, no hay límites temporales: una entrevista acaba cuando se obtiene toda la información o cuando el entrevistado no dispone de más tiempo.

Fases de la entrevista en profundidad:

Penalva (2015, p. 41), establece las siguientes fases:

- **Primera fase:** es siempre la de la *identificación del entrevistador y de la institución para la que trabaja*. En estos primeros pasos de la entrevista se debe producir la explicación de la naturaleza y los objetivos de la investigación (con mayor o menor detalle, dependiendo de las estrategias planteadas en cada entrevista, en el sentido de que se pretenda observar cómo el entrevistado llega discursivamente al tema o temas que se han de tratar), y la explicación de por qué razón el entrevistado ha sido elegido.
- **Fase intermedia:** en ella se debe alcanzar la información más importante, desarrollo.
- **Fase final:** concluye la entrevista propiamente dicha y se deja de grabar si se está grabando.
- **Postentrevista/prolongación:** La postentrevista, es importante para que el entrevistado pueda colaborar en otras investigaciones, para que pueda facilitar información sobre otros colaboradores; y, sobre todo, para que pueda añadir información comprometida

7. TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO DE INFORMACIÓN

Luego de haber recopilado la información se procede al análisis de los mismos; si contamos con un material primario o protocolar lo más completo y detallado posible, la tarea o acción anticipatoria al proceso analítico es la de *sumergirnos* mentalmente a la realidad del fenómeno expresado en las grabaciones de audio realizadas a las participantes; este proceso de entrar a la realidad en investigación a través de la información obtenida se tiene que hacerse una y otra vez con la finalidad de comprenderla, entenderla, revivir y familiarizarnos con la finalidad de reflexionar acerca de la situación vivida para comprender lo que ahí está pasando.

Es oportuno destacar, que todas las entrevistas fueron realizadas de acuerdo a características específicas para conocer acerca de las vivencias y opiniones que le merece el tema, y se *aplicaron en los módulos de salud* específicamente y para garantizar el anonimato de los sujetos de investigación, se manejaron los siguientes seudónimos: “Informante ROCA AAT11, Informante ELHU LSA26, Informante EVSA18, Informante FILLE AAC21, Informante LILLA AAK2 e Informante MAEL APCC2”.

Cabe acotar, que se realizaron diversos encuentros previos con los sujetos de investigación, donde se hizo la presentación formal del propósito de las entrevistas y el uso que se le daría a las mismas, en un ambiente conveniente, como una conversación y/o dialogo que asegurara la confianza o rapport para obtener la mayor cantidad de información relevante para el estudio, a fin de que ellos pudieran hablar libremente y pudieran estar conscientes y seguras que su información sería usada para fines netamente investigativos.

En tal sentido Martinez (2006), al momento de iniciar el análisis de datos cualitativos considera los siguientes planteamientos para su adecuada interpretación, los cuales se redactan a continuación:

1. ETAPA PREVIA: CLARIFICACIÓN DE PRESUPUESTOS

En general, el hombre inteligente no suele fallar en su lógica o argumentación; pero acepta con facilidad – en forma tácita no explícita– ciertos presupuestos que determinan el curso de su razonamiento o investigación. Por esto, es necesario reducir todos los presupuestos básicos a un mínimo y tomar plena conciencia de la importancia de aquellos que no se pueden eliminar. La fenomenología sostiene que una investigación seria, filosófica y científica, sólo puede comenzar después de haber realizado una estricta y cuidadosa descripción que ponga entre paréntesis (en cuanto sea posible) todos los prejuicios. En este sentido es preciso considerar el proceso *époje* de Husserl, es decir poner al margen lo máximo de nuestras creencias, valores, conceptos, prejuicios, actitudes, pensamientos e hipótesis; que puedan alterar los resultados fehacientes de nuestra investigación respecto a la percepción de proyecto de vida en madres adolescentes. Del mismo modo poner al “*margen*”, los conocimientos ya existentes acerca de este fenómeno social al momento del análisis de la información, ya que éstos serán utilizados al momento de contrastar o discutir los hallazgos encontrados en la presente.

2. ETAPA DESCRIPTIVA:

Ésta consta de tres pasos, cuyo objetivo es; lograr una descripción del fenómeno en estudio que resulte lo más completa y no prejuiciada posible y, al mismo tiempo refleje la realidad vivida por cada sujeto, su mundo, su situación, en la forma más auténtica.

PRIMER PASO: elección de la técnica o procedimiento apropiados

El método fenomenológico en contraposición de otras metodologías de producción científica, *cabe decir experimentales*, o en las que se alteran la naturalidad de la ocurrencia de las formas de expresar sentimientos, emociones, pensamientos,

actitudes, vivencias o simplemente la forma de ver el mundo o cualquier fenómeno social humano, se caracteriza por rescatar la esencia de la ocurrencia de algún fenómeno en su contexto natural; es por ello, que siempre ha sido una protesta contra todo tipo de reduccionismo. Por lo que resultan útiles, todos los procedimientos que permitan realizar la observación repetidas veces: como grabar las entrevistas, filmar las escenas, etc. No obstante, será esencial que no perturben, deformen o distorsionen con su presencia la auténtica realidad que tratan de sorprender en su original y primigenia espontaneidad. En la práctica, la observación fenomenológica – que servirá para recoger los datos sobre los cuales se hará luego la descripción protocolar.

Para la presente investigación, se ha visto por conveniente utilizar como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad como técnica principal; para ello se elaboró una guía de entrevista en profundidad considerando algunas categorías apriorística y; una encuesta sociodemográfica como apoyo con la finalidad de recopilar la mayor cantidad de información posible. Previa autorización de cada participante se vio por conveniente hacer grabaciones de audio a las entrevistas, así disponer de su contenido para la facilidad de transcripción, descripción y análisis.

SEGUNDO PASO: realización de la entrevista

Para una mayor validez de la entrevista y de la información recopilada se tuvo presente con mucha cautela los siguientes aspectos:

- ✓ Que nuestra percepción aprehende estructuras significativas.
- ✓ Que generalmente vemos lo que esperamos ver.
- ✓ Que los datos son casi siempre datos para una u otra hipótesis.
- ✓ Que nunca observamos todo lo que podríamos observar.
- ✓ Que la observación es siempre selectiva.
- ✓ Que siempre hay una correlación funcional entre la teoría y los datos: las teorías influyen en la determinación de los datos tanto como éstos en el establecimiento de las teorías.

La observación tendrá que ser lo más objetiva posible, para ello, aplicaron las siguientes reglas de la reducción fenomenológica:

Reglas negativas (para no ver más de lo que hay en el objeto y no proyectar nuestro mundo interno):

- a) Tratar de reducir todo lo subjetivo: deseos, miras prácticas, sentimientos, actitudes personales, etcétera.
- b) Poner entre paréntesis las posiciones teóricas: conocimientos, teorías, hipótesis, variables o dimensiones preconcebidas, etcétera.
- c) Excluir la tradición: lo enseñado y aceptado hasta el momento en relación con el tema, el estado actual de la ciencia al respecto y ciertos marcos teóricos constreñidores.

Reglas positivas:

- a) Ver todo lo dado, en cuanto sea posible: no solo aquello que nos interesa o confirma nuestras ideas, aquello que nos es más importante vitalmente, aquello que andamos buscando o deseamos confirmar, etcétera.
- b) Observar la gran variedad y complejidad de las partes.
- c) Repetir las observaciones cuantas veces sea necesario; para ello tomar las precauciones que se indicaron en el primer paso.

Previa a la realización de la entrevista y puesta en práctica de las condiciones antes mencionadas, se evaluó y ajustó la entrevista según nuestros propósitos, así mismo de contar con un ambiente adecuado y disponibilidad de tiempo por parte de las participantes. Una vez seguros de cumplir con los requisitos mínimos para una entrevista procedimos a la misma.

TERCER PASO: elaboración de la descripción protocolar

Un fenómeno bien observado y registrado no será difícil de describir con características de autenticidad. Resultará en cambio muy arriesgado tratar de hacerlo sin que haya sido precedido por buenas observaciones, ya que las etapas posteriores se apoyan en los protocolos producidos por la descripción fenomenológica, la cual puede constar de relatos escritos y grabaciones de audio. El fin de este paso es producir una descripción fenomenológica con las siguientes características:

- A. Que refleje el fenómeno o la realidad, así como se presentó.
- B. Que sea lo más completa posible y no omita nada que pudiera tener alguna relevancia, aunque en este momento no lo parezca: este no es el momento de juzgar el valor o el significado de las cosas; que aparezcan, hasta donde sea posible, todos los elementos, partes, detalles y matices de lo observado; a veces resulta que un detalle será después la clave para descifrar y comprender toda una estructura.

- C. Que no contenga elementos proyectados por el observador: ideas suyas, teorías consagradas, prejuicios propios o hipótesis plausibles.
- D. Que recoja el fenómeno descrito en su contexto natural, en situación peculiar y en el mundo propio en que se presenta. Las grabaciones de audio, por su gran riqueza de información, forman parte importante de la descripción fenomenológica.
- E. Que la descripción aparezca realizada con una verdadera ingenuidad disciplinada.

Esta descripción será el protocolo (es decir la materia base) sobre el cual se centrará el estudio conformado por los pasos de la etapa estructural.

En ese sentido, la transcripción de cada una de las entrevistas se realizó con el cuidado que éstas demandan, considerando los detalles mínimos que posteriormente servirán para el análisis adecuado y por lo tanto resultados válidos; los elementos no verbales son también de suma importancia. En sumo, la transcripción se realizó tal cual fue expresada por las participantes ya que éstas constituyen protocolos base para las posteriores etapas como: la categorización, triangulación y contrastación.

3. ETAPA ESTRUCTURAL

El trabajo central de esta etapa es el estudio de las descripciones contenidas en los protocolos o transcripciones; el análisis en ésta, se basa en los procesos mentales de *categorización, estructuración, triangulación* de las entrevistas concluyendo con *la contrastación*. En éste apartado, *contrastación*, se da a conocer los hallazgos como consecuencia del análisis en las distintas etapas que contiene la etapa estructural.

Una vez familiarizada con la realidad y la información, se da inicio al análisis del contenido expresado en las entrevistas. Las técnicas empleadas para fines de análisis de datos cualitativos son los siguientes:

- **Categorización**
- **Estructuración**
- **Triangulación**
- **Contrastación**

Los procesos antes mencionados no necesariamente siguen un proceso lineal, son flexibles en cuanto a la revisión y retorno a procesos anteriores.

Categorización:

En la investigación cualitativa la categorización constituye una parte fundamental para el análisis e interpretación de los resultados. Este proceso consiste en la identificación de regularidades, de sobresalientes, de eventos recurrentes y de patrones de ideas en los datos provenientes de los lugares, los eventos o las personas seleccionadas para el estudio. La categorización constituye un mecanismo esencial en la reducción de la información recolectada Martinez (2006). Las categorías son los diferentes valores, alternativas, es la forma de clasificar conceptualizar o codificar un término o expresión de forma clara que no se preste para confusiones a los fines de determinada investigación, en dichas alternativas serán ubicados clasificados, cada uno de los elementos sujetos a estudio. En base a lo anteriormente explicado Straus y Corbin (1994) refieren:

...la categorización consiste en la asignación de conceptos a un nivel más abstracto...las categorías tienen un poder conceptual puesto que tienen la capacidad de reunir grupos de conceptos o subcategorías. En el momento en el que el investigador empieza a agrupar los conceptos, también inicia el proceso de establecer posibles relaciones entre conceptos sobre el mismo fenómeno.

Asimismo, Martinez (2006), sugiere los siguientes pasos prácticos para el proceso de categorización:

1. *Transcribir la información protocolar;* para la presente investigación las grabaciones de audio, se presenta un cuadro de categorización que contiene el contenido de la entrevista, el número de línea y la categoría emergente o apriorística.
2. *Dividir los contenidos en proporciones o unidades temáticas;* grupos de párrafos que expresan una idea.
3. *Categorizar;* codificar, clasificar, conceptualizar mediante un término o expresión breve que sean claro e inequívocos.
4. *Asignar subcategorías;* relacionadas a una categoría pueden expresar. “Causas”, condiciones, consecuencias, dimensiones, entre otros.
5. *Agrupar categorías en una categoría más amplia y comprensiva*

6. *Agrupación y asociación de categorías*; éstas se harán de acuerdo a su naturaleza y contenido, en la que el investigador pondrá en manifiesto su creatividad para la manipulación de las categorías al momento de asociarlas.

Estructuración

Consiste en realizar esquemas mentales, o mapas sinópticos o en todo caso realizar gráficos en las que se incluyan las categorías emergentes y/o apriorísticas; expresa de manera clara y precisa la relación de una categoría con otras del mismo modo, una categoría con subcategorías. Es una especie de una *gran categoría*, más amplia y completa un tronco en común que une e integra a las demás categorías. La estructuración primero se realiza por cada sujeto de información de acuerdo a las categorías encontradas o estudiadas, que luego permitirán establecer una estructura general en la que se ve el panorama general de todas las categorías y su relación entre ellas.

Martínez. M (2006), en cuanto a esto refiere lo siguiente:

La estructura podría considerarse como una “gran categoría”, más amplia, más detallada y más compleja, como el tronco que integra y une a todas las ramas. Igualmente, debe considerarse como una ayuda inestimable la elaboración frecuente de diseños gráficos (como flechas, tipos de nexos, relaciones etc.) ya que permiten integrar y relacionar muchas cosas y ayudan a captarlas en forma simultánea. (p. 276).

Este autor expresa que es necesario precisar que la estructura propuesta será mejor, cuanto más cubra, de un modo unitario, la porción del área considerada, es decir que se organice y sistematice la mayor parte del cuerpo de conocimientos y generalizaciones disponibles, además refiere que en el proceso debemos distinguir claramente dos etapas, iguales en cuanto a su proceso, pero diferentes en cuanto a su objetivo: la estructuración y la estructuración general.

Triangulación:

El proceso de triangulación desde lo cualitativo se refiere a la acción de reunión y cruce dialéctico de toda la información pertinente al objeto de estudio surgida en una investigación por medio de los instrumentos correspondientes. En referencia a esto Leal, J (2010) afirma: “consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista del mismo fenómeno” (p. 101). Más adelante refiere el mismo autor citando a Denzin

(1989) “la define como la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos, métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno singular”.

Contrastación:

En cuanto a la contrastación Martínez, M (2006), refiere: “Esta etapa de la investigación consistirá en relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial” (p. 276). Permitiendo una mayor comprensión de los resultados a los que se ha abordado en la presente investigación. Martinez, hace mención a que, aunque el marco teórico referencial solo nos informa de lo que han realizado otras personas, en otros lugares, y otros tiempos y probablemente con otros métodos, sin embargo, al comparar y contraponer nuestras conclusiones con las de otros investigadores, no solo nos permitirá entender mejor las posibles diferencias, sino que hará posible una mayor integración y por consiguiente un enriquecimiento del cuerpo de conocimientos del área estudiada.

El Rapport

En la investigación cualitativa el Rapport, es un aspecto fundamental, en el cual se supone estar en sintonía con alguien dentro del ambiente donde se realiza el estudio, lo que significa establecer un ambiente de confianza o entendimiento para dar a las personas la libertad de expresarse abiertamente al sentirse seguras con el investigador. Igualmente posibilita un espacio en el que la persona a quien se estudia se siente libre de expresar sus opiniones al sentirse identificada en otras palabras, sentirse en el mismo nivel de sintonía que el investigador, en este sentido Taylor y Bodgan (1984) expresan: “Establecer rapport con los informantes es la meta de todo investigador de campo. Cuando se comienza a lograr rapport con aquellas personas a las que se está estudiando, se experimentan sensaciones de realización y estímulo” (p.55).

Para este autor rapport significa muchas cosas: comunicar la simpatía que se siente por los informantes y lograr que ellos la acepten como sincera, lograr que las personas se abran y manifiesten sus sentimientos respecto y de otras personas. En este sentido la clave para establecer rapport es la habilidad de entrar en el mundo de la otra persona y para ello lo que hay que lograr es hacerle pensar que se tienen muchas cosas en común. De acuerdo a lo expresado anteriormente y tomando en consideración la confianza existente con los informantes se procedió a solicitar primero su disposición y consentimiento voluntario al suministro y uso de su

información de manera sincera, espontánea y veraz en un clima de cordialidad y luego la utilización de la misma para efectos del presente estudio, solicitud esta que fue autorizada por parte de los informantes.

8. PROCEDIMIENTO

Siendo conocedores de la incidencia de la maternidad adolescente en la jurisdicción del distrito de Hunter, gracias a la experiencia pre – profesional en la especialidad de psicología; decidí realizar la presente investigación con madres adolescentes que acuden a los establecimientos de salud del distrito. Para ello inicialmente, me entrevisté con los encargados de los establecimientos de salud con la finalidad de solicitar el permiso y acceso a información de las madres adolescentes como dirección, disponibilidad y rango de edad ya establecido en el muestreo, así mismo, informar y dar a conocer aspectos relevantes de la investigación.

Una vez ya habido obtenido el permiso, recabado la información y determinado a las seis participantes de manera intencional, se procedió a la ubicación y contacto de las mismas, es decir, acudí a las direcciones brindadas de modo que podamos entablar confianza y concretar una entrevista para una próxima fecha, la misma que se realizó en el consultorio de psicología del establecimiento de salud respectivo. La información se recopiló por medio de entrevistas en profundidad y una ficha sociodemográfica.

Llegado el momento de realizar la entrevista, se sensibilizó a cada una de las participantes respecto a la investigación en proceso y la finalidad que ésta tiene, simultáneamente a ello es importante la realización de un adecuado report ya que de ello depende en gran medida la obtención de la mayor cantidad de información que exprese de manera transparente el mundo subjetivo respecto al fenómeno en estudio. Seguidamente se entregó un “consentimiento informado” recalando el motivo y finalidad de la investigación, así como también el carácter voluntario que tiene su participación en la presente; así mismo se indica que la información obtenida serán utilizados exclusivamente con fines de la investigación, cumpliendo con ello uno de los principios éticos del proceso investigativo; las participantes que no firmen este documento no podrán participar en el estudio (criterio de exclusión). Para el adecuado manejo de la información se optó por grabar a cada entrevistada, debidamente habiendo solicitado permiso.

Simultánea y posterior a la recogida de información, procedimos a organizar y transcribirla con el debido cuidado que merece evitando alterar en lo mínimo; una vez obtenida las descripciones protocolares, se da paso a los procesos mentales de

análisis de la información tales como son: *categorización, estructuración, triangulación de informantes* concluyendo con la *contrastación* (discusión); finalmente se integra la información plasmados en las conclusiones.

CAPÍTULO IV

EXCAVANDO EN LOS DESCUBRIMIENTOS

Hallazgos

*“El conocimiento no es una vasija que se llena,
sino un fuego que se enciende”.*

Plutarco.

En este apartado se analizan la información que emergieron de las entrevistas que contienen los datos importantes y opinión de las informantes, los cuales contienen múltiples interpretaciones.

Análisis e Interpretación de los Hallazgos

El proceso de análisis e interpretación de las entrevistas en profundidad realizadas a cada sujeto de investigación, se hizo con el firme propósito de obtener información relevante, que permitió vislumbrar una realidad del fenómeno en estudio sobre la percepción del proyecto de vida que tienen las madres adolescentes; para el tratamiento de dichas entrevistas, éstas fueron objeto de una serie de procesos mentales, analíticos y argumentativos que de acuerdo con Martínez (2006), son de carácter vinculado, continuo y permanente, donde por la particularidad del comportamiento de la mente humana, existe la tendencia innata de buscar patrones, ordenar, relacionar, interpretar y teorizar acerca de todo lo que lo nos rodea; correspondiendo así a los procesos de categorización, triangulación, estructuración y contrastación, respectivamente.

CATEGORIZACIÓN

A continuación, se presentan los resultados de las diversas entrevistas destacando que en el proceso de categorización se subrayaron en el discurso las frases generadoras o elementos que luego se agruparon por categorías. Asimismo, se le colocó el Número de Línea (NL) que es el código que se le otorga a cada una de las categorías a fin de poder ser ubicadas con rapidez ante cualquier necesidad de retornar a la entrevista categorizada. Para mayor detalle y conocimiento del proceso de categorización se ha dispuesto anexar un ejemplar del proceso de categorización correspondiente a una entrevista. *Revisar anexo N° 1 ejemplar del proceso de categorización.*

Debido a lo antes expuesto, el investigador procedió a la aplicación de la interpretación, como forma natural de hacer la exégesis a la información obtenida por las informantes o actores principales de este estudio. En las categorizaciones realizadas emergieron otras categorías distintas a las apriorísticas relacionadas respectivamente, las cuales mencionamos a continuación por cada informante.

Tabla 4: Resultados de categorización, informante 1ROCA

Categoría apriorística	Categoría emergente relacionada
<i>Proyecto de vida</i>	Aspiraciones académicas, estudios en proceso, búsqueda de estabilidad, proyecto de vida establecido, deseos de continuar estudios, falta de orientación vocacional y apoyo familiar.
<i>Pensamientos y emociones de la madre adolescente</i>	Inicialmente preocupación y temor, responsabilidad paterna, sentimientos encontrados, modificación del estilo de vida, planificación del tiempo, optimismo.
<i>Significado de madre adolescente</i>	Responsabilidad, experiencia gratificante, compromiso.
<i>Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente</i>	Soporte familiar inadecuado
<i>Reacciones de los padres ante la situación</i>	Inicialmente enojo Posteriormente apoyo
<i>Reacciones de la pareja sentimental sexual</i>	Protección y cuidado
Aspectos sociales	Solicitan apoyo Toma de decisiones inciertas
Aspectos de educación sexual	Falta de orientación sexual

Tabla 5: Resultados de categorización, informante 2 ELHU

Categoría apriorística	Categoría emergente relacionada
<i>Proyecto de vida</i>	Aspiraciones académicas, planes a futuro, búsqueda de estabilidad, caso omiso a orientaciones, Planes a futuro, cuidado materno.
<i>Pensamientos y emociones de la madre adolescente</i>	Sentimientos encontrados (entre tristeza y alegría), confusión, falta de apoyo familiar, decepción amorosa, ánimo decaído (durante el embarazo), responsabilidad ante la situación, motivación.
<i>Significado de madre adolescente</i>	Experiencia gratificante, valentía.
<i>Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente</i>	Ausencia de figuras paternas, falta de educación sexual, repetición del patrón (su madre fue pasó por esta situación).
<i>Reacciones de los padres ante la situación</i>	Enojo, crítica destructiva, protección y cuidado.
<i>Reacciones de la pareja sentimental sexual</i>	Irresponsabilidad paterna
Aspectos sociales	Exhortación de apoyo y orientación
Aspectos de educación sexual	Falta de orientación sexual

Tabla 6: Resultados de categorización, Informante 3 EVSA

Categoría apriorística	Categoría emergente relacionada
<i>Proyecto de vida</i>	Aspiraciones académicas (concluir estudios superiores), tendencia de formación académica, búsqueda de estabilidad económica.
<i>Pensamientos y emociones de la madre adolescente</i>	Alteraciones exasperadas, ideas abortivas, pensamientos de inseguridad y dudas, fijación de propósitos,
<i>Significado de madre adolescente</i>	Responsabilidad, motivación, cambios en los estilos de vida, valentía, amor incondicional.
<i>Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente</i>	Ausencia de figuras paternas, soporte familiar inadecuado, repetición del patrón, falta de supervisión de los padres
<i>Reacciones de los padres ante la situación</i>	Decepción, inicialmente enojo, apoyo familiar posterior

<i>Reacciones de la pareja sentimental sexual</i>	Respaldo de la pareja, responsabilidad paterna
Aspectos sociales	Exhortación de apoyo y orientación
Aspectos de educación sexual	Exhortación de charlas educativas

Tabla 7: Resultados de categorización, informante 4 FILLE

Categoría apriorística	Categoría emergente relacionada
<i>Proyecto de vida</i>	Aspiraciones académicas (concluir estudios superiores), aspiraciones materiales (casa), proyectos de formación académica.
<i>Pensamientos y emociones de la madre adolescente</i>	Tristeza, incertidumbre, programación de espacios, motivación.
<i>Significado de madre adolescente</i>	Dificultad, obligación.
<i>Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente</i>	Falta de atención, soporte familiar inadecuado
<i>Reacciones de los padres ante la situación</i>	Vínculos familiares, presión para el aborto, apoyo posterior.
<i>Reacciones de la pareja sentimental sexual</i>	Apoyo
Aspectos sociales	Demandas de apoyo
Aspectos de educación sexual	Exhortación sobre programas sociales

Tabla 8: Resultados de categorización, informante 5 LLILLA

Categoría apriorística	Categoría emergente relacionada
<i>Proyecto de vida</i>	Aspiraciones académicas, búsqueda de estabilidad, falta de orientación vocacional, deseos de continuar estudios, dedicación completa al hijo (a),
<i>Pensamientos y emociones de la madre adolescente</i>	Angustia e incertidumbre (preocupación- tristeza)
<i>Significado de madre adolescente</i>	Responsabilidad, experiencia gratificante, raciocinio ante el sentimiento materno
<i>Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente</i>	Falta de confianza y comunicación con los padres
<i>Reacciones de los padres ante la situación</i>	Inicialmente enojo, resguardo familiar, apoyo posterior
<i>Reacciones de la pareja sentimental sexual</i>	Violencia de género, Consumo de sustancias estupefacientes, irresponsabilidad paterna.
Aspectos sociales	Demandas de apoyo, orientación y atención.

Aspectos de educación sexual	Inexperiencia sobre las relaciones sexuales Demanda de orientación sexual
------------------------------	--

Tabla 9: Resultados de categorización, informante 6 MAEL

Categoría apriorística	Categoría emergente relacionada
<i>Proyecto de vida</i>	Autonomía, aspiraciones académicas, deseos de concluir estudios (secundaria), responsabilidad materna, aspiraciones materiales.
<i>Pensamientos y emociones de la madre adolescente</i>	Incertidumbre (tristeza, miedo, desesperación), programación de metas.
<i>Significado de madre adolescente</i>	Responsabilidad, falta de preparación para la maternidad.
<i>Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente</i>	Soporte familiar inadecuado, incapacidad de los padres, dinámica familiar deficiente
<i>Reacciones de los padres ante la situación</i>	Indiferencia
<i>Reacciones de la pareja sentimental sexual</i>	Indecisiones, apoyo familiar (suegra).
<i>Aspectos sociales</i>	Exhortación de apoyo y atención adecuada.
<i>Aspectos de educación sexual</i>	Exhortación de formación y experiencias.

ESTRUCTURACIÓN GENERAL Y TRIANGULACIÓN

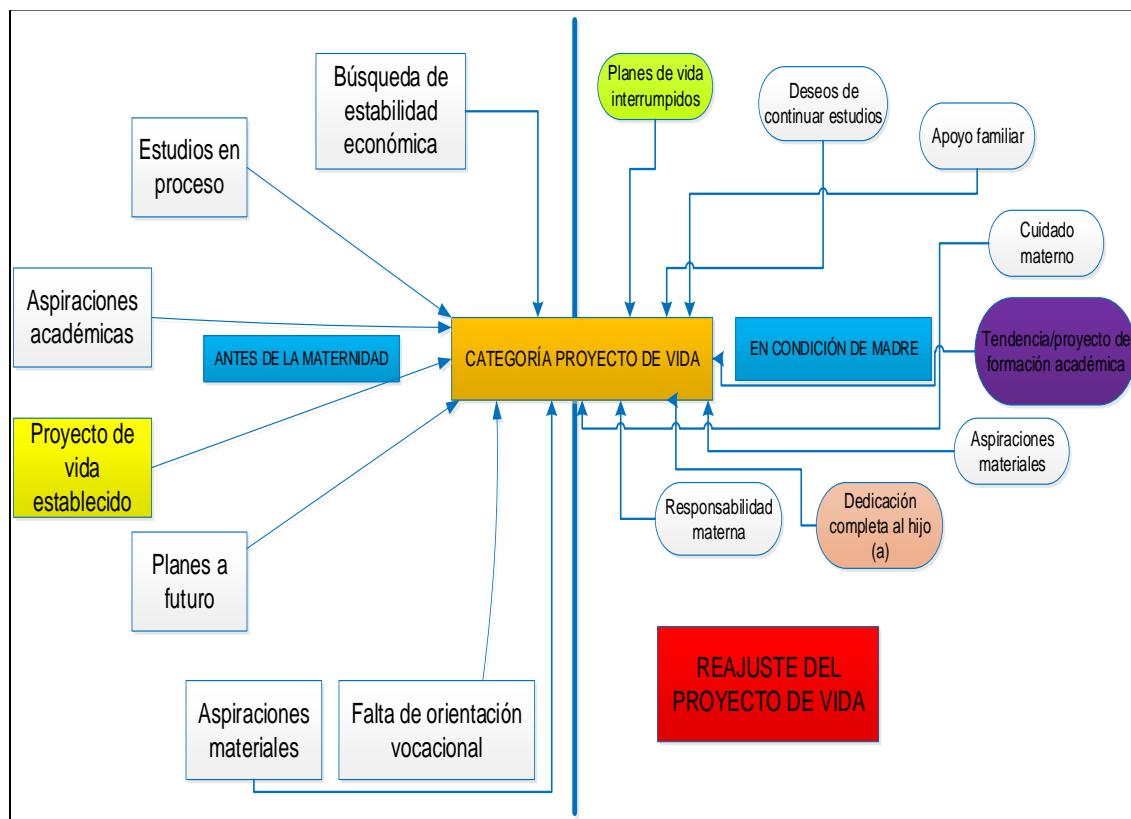
En cuanto a la presente investigación se realizó la estructuración general con la información resultante proporcionada por el proceso de categorización de los protocolos de las entrevistas.

La estructura general se realizó tomando en consideración los elementos repetitivos a lo largo del discurso de los informantes, además de la vinculación existente entre ellos, los cuales representan los elementos o factores presentes en la *percepción de proyecto de vida de madres adolescentes*. En este sentido, se tomaron de manera condensada las categorías encontradas en cada una de las entrevistas. A continuación presentamos seis figuras relacionadas a las estructura general el cual nos permite visualizar de manera rápida y comprensible la estructura del fenómeno estudiado, asimismo; la relación de categorías que existe entre las categorías a priori y las emergentes.

La triangulación de informantes, se realizó de acuerdo a la información brindada por cada entrevistada y en relación a cada categoría apriorística, presentamos su respectiva exégesis y comprensión que nos permitirá comprender mejor el fenómeno en estudio.

CATEGORÍA PROYECTO DE VIDA

Figura 5: Estructuración, proyecto de vida



Triangulación: proyecto de vida

INFORMANTE 1	>>Claro si ser policía y si es que por a o b no podía este iba postular a la UNSA (Universidad Nacional de San Agustín) ... iba postular a psicología... he visto casos en que personas mayores estudian>> Me gustaría continuar una carrera>>
INFORMANTE 2	>>Aaa iba estudiar para mmmm para enfermera iba a estudiar era mi meta eso, eso iba a estudiar y ya cuando terminé mi colegio iba trabajar todavía no, para tener ahorro para mis estudios yaaa, aquí en Arequipa no ma trabajaba>>
INFORMANTE 3	>>Me veo con buenas condiciones de vida, económicamente quisiera estar bien y profesionalmente de la misma forma. Me gustaría ser alguien importante para proteger a todas las personas que son vulnerables y sobre todos los niños que piden por una buena educación.>>
INFORMANTE 4	>>mis planes eran ser ingeniera, estudiar, tener mucha plata, casa todo eso>>
INFORMANTE 5	>>bueno en si quería estudiar dos carreras, una técnica y otra así profesional, ya de ahí en ese tiempo estaba con una persona, Esa era Era prácticamente nuestra nuestra planificación, o sea, o sea estábamos haciendo planes, ... terminar la carrera estar un tiempo, un tiempo, años trabajando y de ahí casarnos y recién formar una familia...
ONFORMANTE 6	Antes de ser mamá quería ser médico, terminar mi secundaria mmm tener una casa un lugar estable, apoyar a mis hermanos a mí mamá esas cositas eran mis metas para mi ... estudiar>>

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: De acuerdo a la estructuración, relación de categorías y la triangulación de informantes; categoría apriorística proyecto de vida; se puede observar las distintas categorías emergentes y la relación que ejercen entre las mismas; se distingue una clara diferencia, cambio, reajuste y modificación respecto a los proyectos o planes de vida que experimentan las adolescentes en condición materna. Las adolescentes participantes antes de la condición de madres poseen planes y proyecto de vida establecidos a futuro; tales como, las aspiraciones académicas son una de las principales metas que quieren cumplir, en algunos casos están cursando un estudio superior o se preparan para ello (academias preuniversitarias); así mismo, existe una clara búsqueda de estabilidad económica que se obtendría posiblemente después de haber concluido estudios superiores ya sean técnicos o universitarios; las aspiraciones materiales (una casa propia), la búsqueda de autonomía son elementos que comparten ellas; una categoría común en las participantes fue la falta de orientación vocacional que experimentan las adolescentes antes de ser madres.

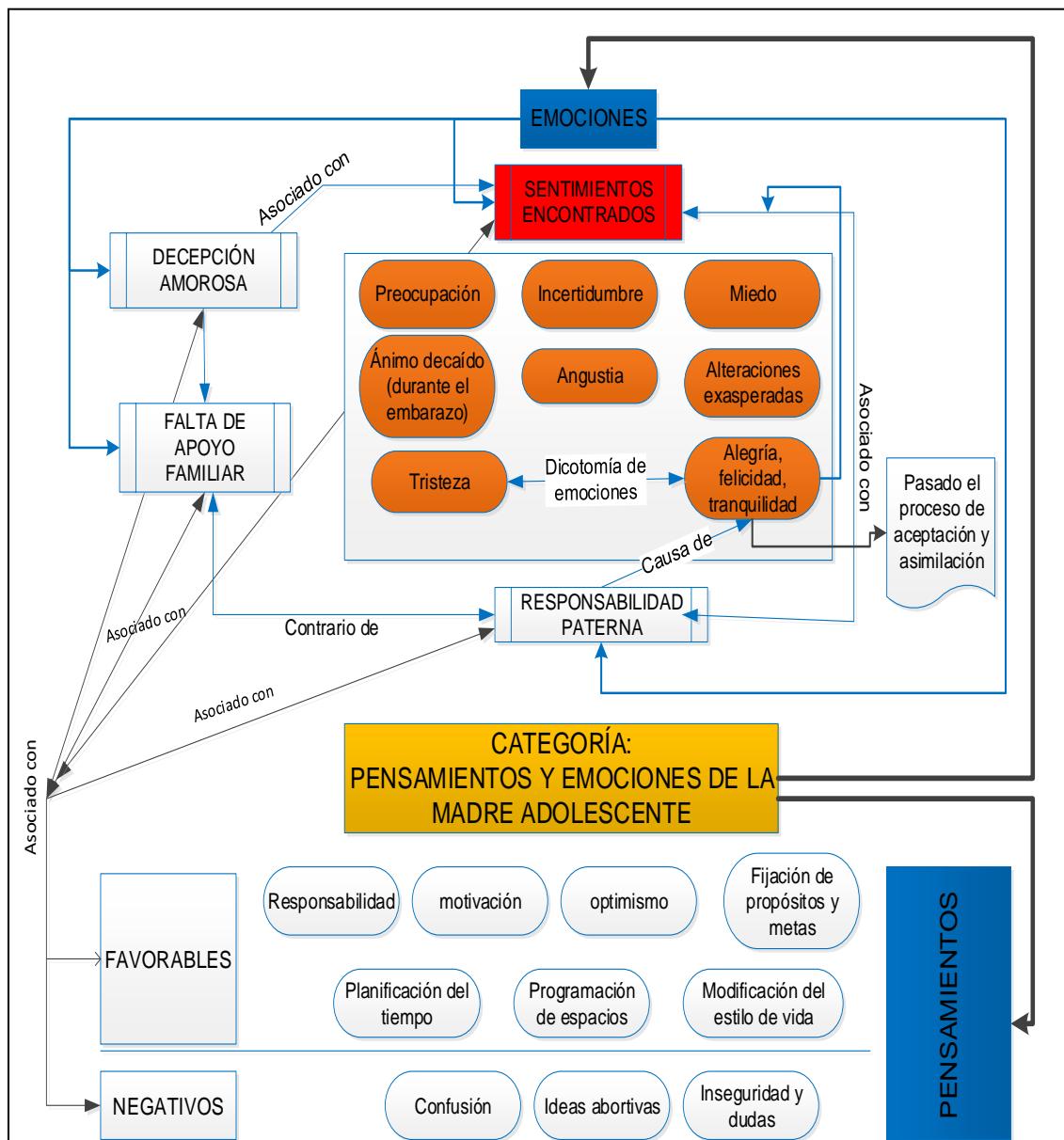
Ya estando en condiciones de madres, estos planes o proyectos se ven interrumpidos de manera brusca, ahora el cuidado materno, la dedicación completa al hijo (a), responsabilidad materna serán tareas que reemplazan a aquellos sueños truncos; sin embargo, permanece la tendencia hacia la formación académica (seguir estudiando) pero realizando algunos ajustes, las aspiraciones materiales (casa) se intensifican, hay

una fuerte inclinación de búsqueda de empleo la misma que se ve limitada; para ello el apoyo familiar será primordial. Pese a todo ello la percepción acerca de su futuro no es tan caótica o desfavorable.

Es indispensable, para tener un desarrollo de vida con la calidad que se desea, que el proyecto que nos diseñemos a corto, mediano o largo plazo esté vinculado a varios factores, como, por ejemplo: educación, finanzas, relaciones familiares y sociales, entre otros. Esto va a permitir que la persona sienta confianza al lograr cada uno de sus propósitos. Sin embargo, esto se puede ver paralizado por un embarazo a temprana edad, que reduce los planes a una sola cosa: el hijo (a), que viene a ser lo más importante en la vida de esa madre. Es esto un factor muchas veces desmotivante para seguir con el proyecto de vida soñado tanto por la adolescente como por los padres, y a veces pasa lo mismo con el varón cuando hay pensamientos de responsabilidad paterna, por cuanto ya no va a poder estudiar, sino que debe trabajar para su hijo. Pero sin lugar a dudas es la mujer (joven madre) la que más pierde oportunidades en este sentido.

CATEGORÍA PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LA MADRE ADOLESCENTE

Figura 6: Estructuración, pensamientos y emociones



Triangulación: pensamientos y emociones de la madre adolescente

INFORMANTE 1	<i>A inicios andaba preocupada, triste no, era una alegría con preocupación después ya me sentí más tranquila y feliz porque contaba con el apoyo de mi pareja y de mis papas</i>
INFORMANTE 2	<i>Mmmm me siento feliz no, de hecho que ha cambiado mi vida de lo que era más antes, me siento feliz ahora que tengo mi hijo ... mmmm me sentía alegre y triste, claro mi vida es más complicado después que me embaracé</i>
INFORMANTE 3	<i>A inicios cuando me enteré que iba ser madre.... Mmm me sentía muy desesperada, no sabía qué hacer incluso pensaba o averiguaba acerca del aborto; tenía mucho miedo de cómo iban a reaccionar mis padres, no sabía cómo decirles, sentí que mi vida se había arruinado. A veces me sentía muy triste y sin ganas de hacer nada;</i>
INFORMANTE 4	<i>Cuando me enteré que estaba embarazada me sentí triste porque estaba en el CREPREUNSA (universidad de la ciudad), quería terminar mis estudios todo eso ... justo en ese tiempo estaba peleado con mi enamorado y a veces cuando peleábamos lo quería bajar (abortar),</i>
INFORMANTE 5	<i>... no sabía qué hacer pensaba que ya no voy a poder estudiar, mis papás me van a gritar mmm ... osea eee tal vez me van a botar. Con mi pareja teníamos planes pero después terminamos y todo lo que pensamos ya se vino al tacho, me sentía preocupada.</i>
ONFORMANTE 6	<i>Me puse a llorar porque es como que no sé, yo sí quería tener un bebé, pero no ahora más adelante y, fue como que me echaron un balde de agua y me puse a llorar, ¡¿qué voy a hacer, qué le voy a dar!?, no tenía nada en ese momento tuve una desesperación tremenda.</i>

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: En cuanto a las emociones existe una serie de sentimientos encontrados tales como; preocupación, incertidumbre, miedo, ánimo decaído (durante el embarazo), angustia, alteraciones exasperadas, contradicción de emociones entre tristeza - alegría, felicidad y tranquilidad, estos últimos debido a que la adolescente madre aceptó y asimiló su condición aunada a ello la responsabilidad paterna ejercida por parte del progenitor joven; estos sentimientos que experimenta la joven madre, está estrechamente vinculado u ocasionado por haber experimentado una decepción amorosa, falta de apoyo familiar y la de su pareja.

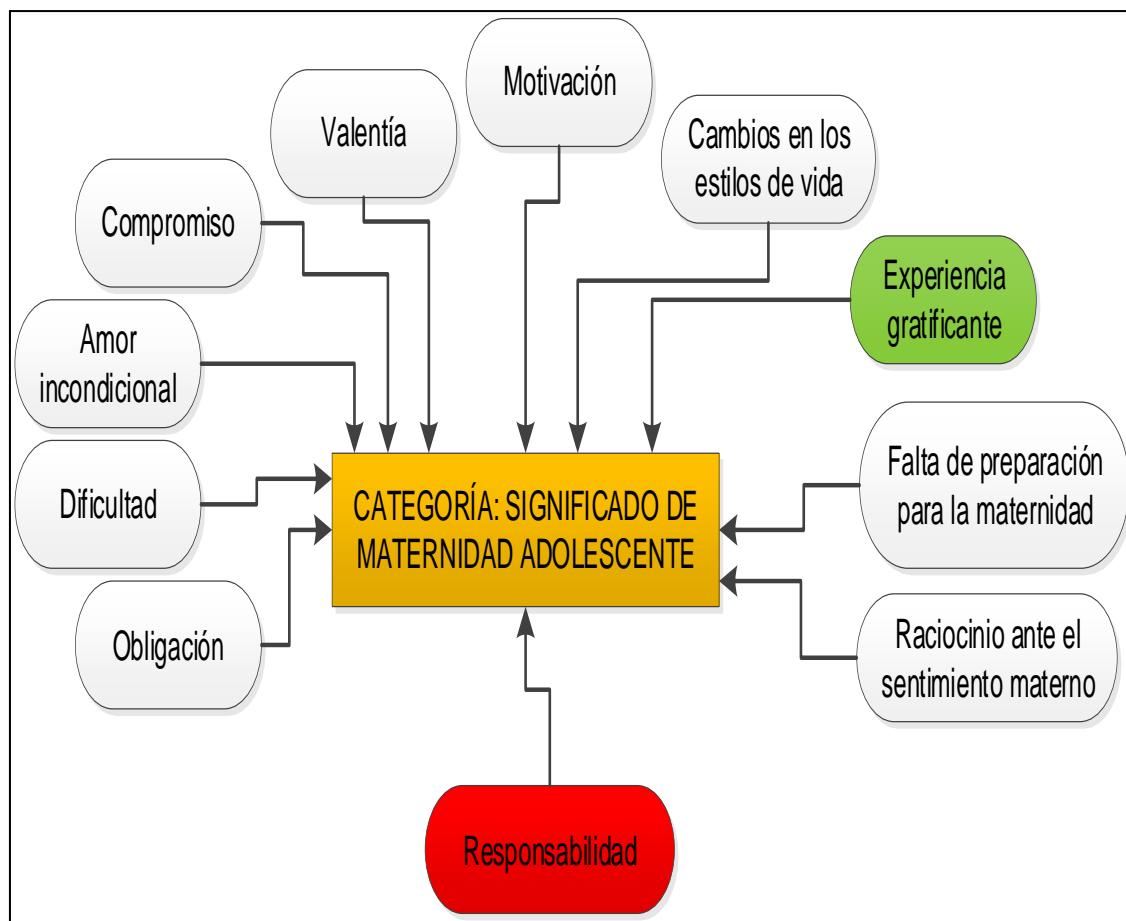
Los pensamientos favorables que se encontraron fueron; asumir la responsabilidad, motivación, optimismo, prevalece la fijación de propósitos y metas, planifican su tiempo (trabajo, estudio, cuidado del bebé), programan sus espacios (lugares donde dejar a sus bebés para el cuidado), y aceptan que su estilo de vida se verá modificado. Entre los pensamientos negativos se encuentran; grados de confusión, ideas abortivas a falta de apoyo y orientación, que originan inseguridad y dudas en la madre adolescente respecto a qué decisiones tomar.

Los sentimientos encontrados van a formar parte de aquellos que va a sentir una joven al embarazarse a tan temprana edad, es porque no hay una preparación ni física ni

psicológica para llevar esa gran responsabilidad a cuestas. Son muchos los pensamientos que vienen a la mente cuando se es madre joven, ya que, no hay la suficiente madurez para tener ese rol de madre que debe ser consensuado y planificado en función de los padres y del bebé.

CATEGORÍA SIGNIFICADO DE MATERNIDAD ADOLESCENTE

Figura 7: Estructuración, significado de maternidad adolescente



Triangulación: significado de maternidad adolescente

INFORMANTE 1	<i>Yo pienso que nooo, que no es edad no ahora para ser madre, pero esss es algo que yaaa o sea ya está hecho ya, entonces que es lo que queda asumir la responsabilidad>></i>
INFORMANTE 2	<i>Ser mamá ... para mi ser mamá es algo bonito llegar a esa etapa, yo creo que es algo lindo, no será fácil, pero es algo lindo ser mamá</i>
INFORMANTE 3	<i>Buena para mí es tener mucha responsabilidad, seguir estudiando, trabajar y ver a tu hijo es un doble sacrificio y no es nada fácil. Pero, de alguna otra forma cuando piensas que ya no puedes ese pequeño te da la fuerza y valor de seguir... Ser madre para mi es cambiar tu vida, tu tiempo, tú forma de pensar y todo esto es por tu hijo. Significa dar todo tu corazón y tu ser. Ser madre es tener el mayor acto de coraje, porque es exponerse a todo tipo de dolor>></i>
INFORMANTE 4	<i>Ser mamá en la adolescencia no me parece bueno porque es ps porque todo tiene su etapa o para ser mamá, estudiar, o sea por mi parte creo que me he adelantado mucho ... para mí es muy difícil ser mamá>></i>
INFORMANTE 5	<i>Yo siento que, o sea es algo bonito, yyyy pero es o sea cómo decir para las mujeres es un poco más de trabajo, yo creo así o sea, no me refiero así de esto o sea, es más chamba para la mujer porque, o sea ellas se encargan, bueno en mi caso yo voy a tratar de trabajar o sea y también criar a mi hijo como lo digo yo prácticamente voy a estar a cargo de mi hijo>></i>
ONFORMANTE 6	<i>Para mí ahora que lo estoy viviendo es un poco difícil, se enferma te desesperas; por ejemplo, ahorita cuando se atoró con su leche me he desesperado, >>yo me he saltado una etapa de mi vida, me faltaba pasar más cosas porque para ser una madre adolescente todavía no estás preparada, no tienes un pensamiento como que, no sabes que darle>></i>

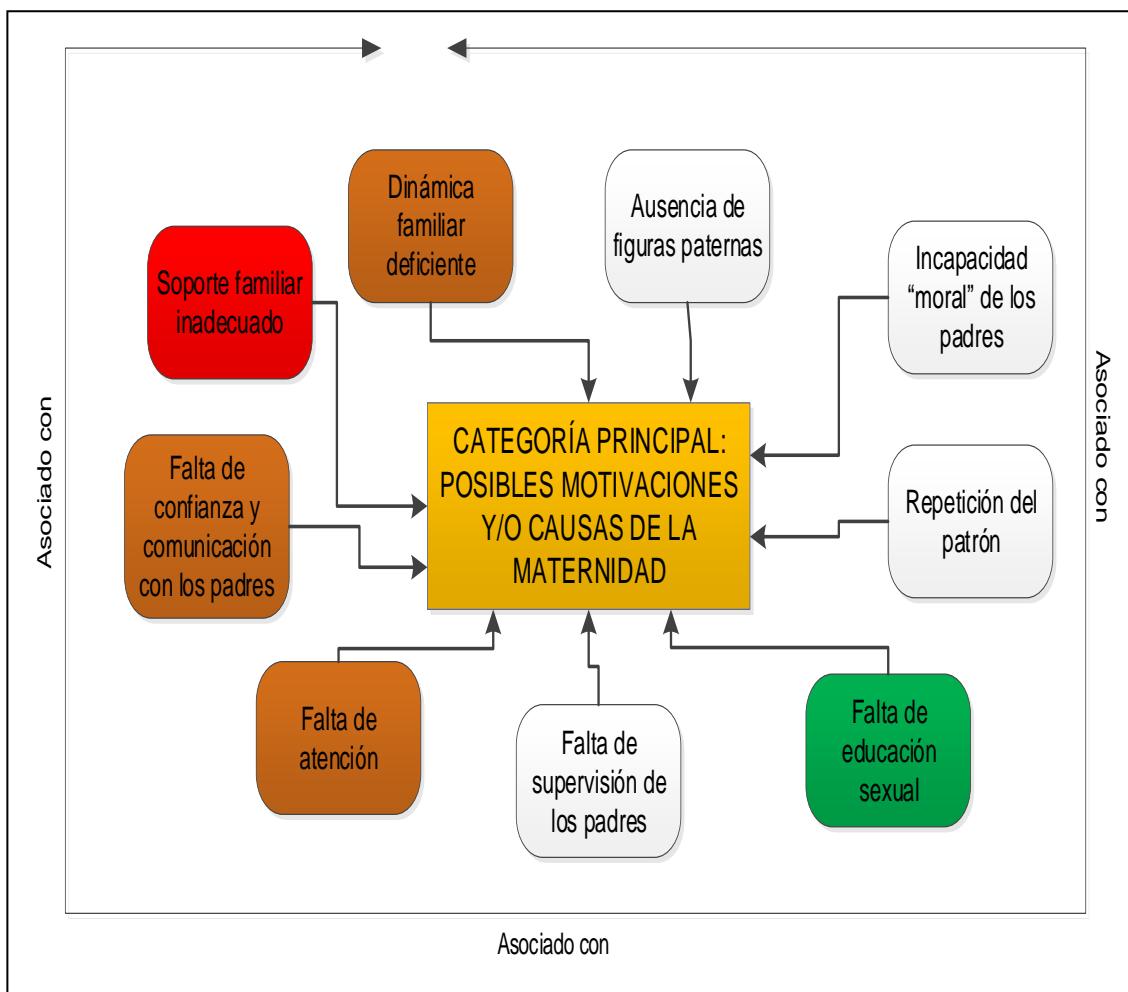
EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: Se observa que; los significados que las jóvenes madres atribuyen a la maternidad adolescente están relacionados a conceptos de valentía, compromiso, amor incondicional, dificultad, obligación, motivación, cambios en los estilos de vida, falta de preparación para la maternidad, raciocinio ante la maternidad; pero resaltan la responsabilidad que demanda un bebé y la experiencia gratificante que tiene el hecho de ser madre.

Importante es el hecho de tener un hijo, ya se sabe que es responsabilidad y compromiso por parte sobre todo de la madre, pero cuando se es adolescente tiene una connotación que va más allá de la llegada de un hijo, es el ser madre a tan corta edad, sin la preparación para serlo. Además, se encuentra inmerso el significado de valentía para salir adelante y algunas veces hasta sin apoyo, porque se necesita, y si no lo hay, es la madre la responsable del cuidado y manutención del hijo, para lo que se requiere dedicación, constancia y compromiso. Asimismo, las participantes consideran que es una experiencia gratificante que les llena de alegría, ven como una fuente de motivación para lograr sus objetivos personales o los relacionados al cuidado y atención al hijo (a), ya que a ello está asociado el amor incondicional al nuevo ser, por él (a) harán lo que sea imposible. Existe también cambios en los estilos de vida que de algún modo encontrarán muchas o pocas dificultades sin embargo, la obligación hacia el cuidado y

atención al primogénito está siempre presente por parte de la madre, racionalizando de esta manera el sentimiento materno.

CATEGORÍA POSIBLES MOTIVACIONES Y/O CAUSAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

Figura 8: Estructuración, posibles motivaciones y/o causas



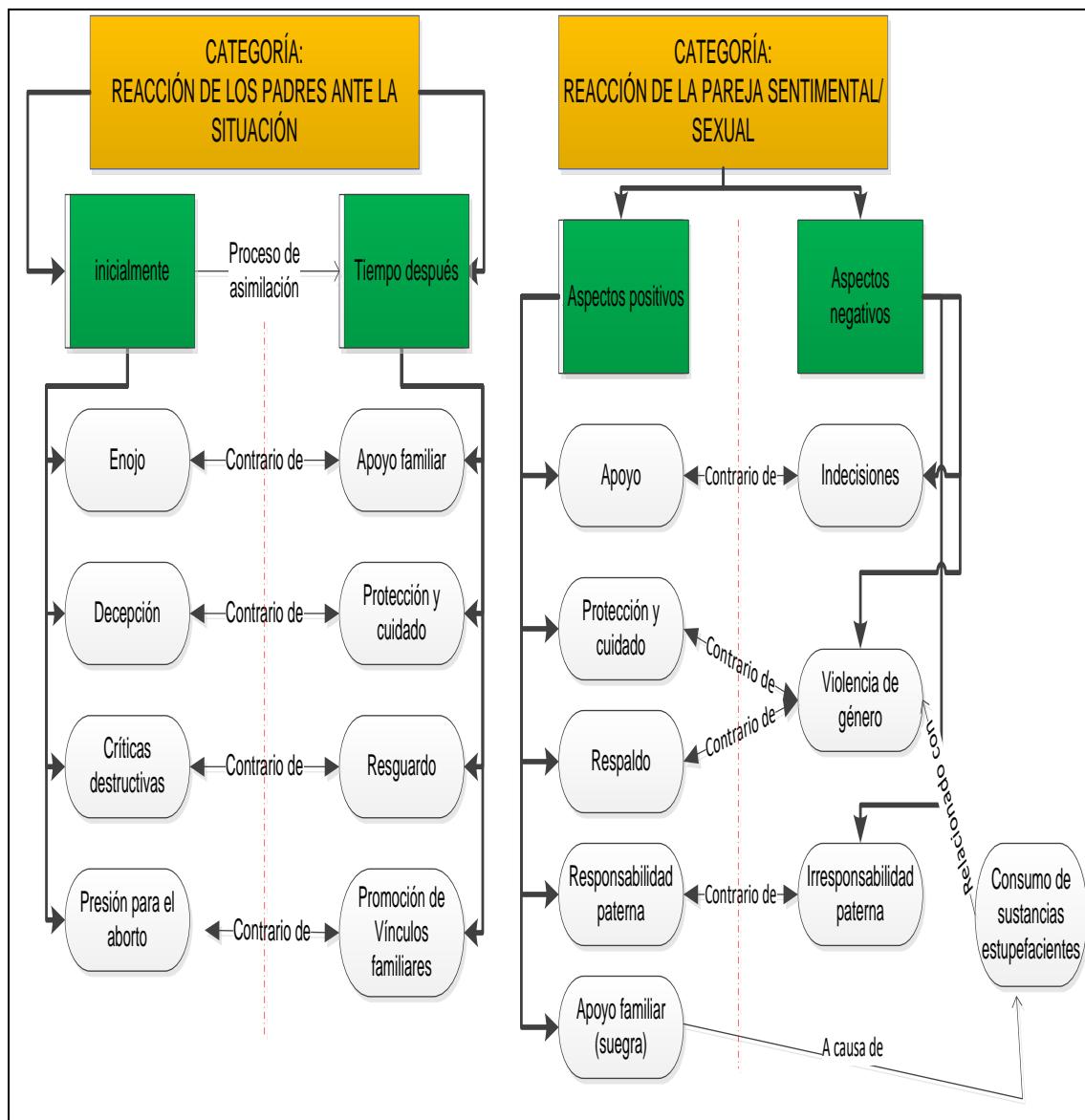
Triangulación: posibles motivaciones/causas de la maternidad adolescente

INFORMANTE 1	Bueno para algunas es unaaa, yo pienso desilusión porque a veces no cuentan con el apoyo de sus papás, y no saben cómo reaccionar o sea no saben van a hacer y a veces toman las peores decisiones... la falta de apoyo y compresión de sus papás también en algunos casos>>
INFORMANTE 2	Creo que las adolescentes se embarazan, será porque muchas adolescentes no viven con sus papás cerca de sus mamás, se vienen del pueblo a la ciudad desde los 14 años viven solos, no hay nadie en su hogar quien le diga no a qué hora tiene que venir o llegar, hasta qué hora tiene que estar en la calle, como es menor de edad no hay nadie vie sola, viven con sus tíos u otras solas no hay nadie que les controle y los adolescentes hacen lo que quieren en la calle encuentran amistades buenas y amistades malas
INFORMANTE 3	Pues creo que la falta de responsabilidad, orientación de uno mismo (.) Los niños que no viven con sus padres, los que tienen demasiados conflictos, los que se sienten solos, y quiénes les falta afecto.
INFORMANTE 4	(.) Quizás porque no haya sentido cariño por sus papás o no haya encontrado en sus papás y tenía que ir a buscar a otra persona para que le dé el cariño que no le han dado, mmmm como qué mis papás paran trabajando no encontraba el cariño en ellos mmm como tenía mi enamorado yo me aferraba mucho a él ya quería vivir con él, quedarme con él eso.
INFORMANTE 5	(.) Había un temor por contarles mis problemas un poquito de que de repente me vayan a criticar ooo de repente me regañaran, pero al final me di cuenta que no era así, porque cuando empecé a contarles, como le digo los pequeños problemas que yo iba tener yo yaa no hacía eso.
ONFORMANTE 6	>>creo que todas las adolescentes están propensas a ser mamás, principalmente las que han sufrido, que han pasado violencia familiar u otras cosas porque ellas son las que buscan como que cariño y amor en otros lados, a veces no saben en realidad cómo es el amor y dicen que quieren al enamorado y en poco tiempo quedan embarazadas y con personas que no les van a apoyar.

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: Aquí cobran relevancia varios elementos como, por ejemplo: soporte familiar inadecuado, falta de orientación, supervisión, atención y cuidado; factor económico, educativo y cultural. Se observa en algunos casos que la falta de educación u orientación sobre el tema relacionado a la sexualidad, el cual se ha visto como un tabú en los hogares puede ser una de las causas que conlleven a generar un embarazo a tan corta edad. Por otro lado, la falta de comunicación y soporte emocional, dinámica familiar deficiente, la formación académica de los padres (que no saben de qué forma abordar el tema), o también la vulnerabilidad del factor económico, ya que se puede ver que los estratos más bajos (pobreza) son los más afectados en este caso; la ausencia de las figuras paternas en el hogar, ya sea por motivos de trabajo o porque uno de ellos ya no vive en casa, la “incapacidad moral de algún miembro familiar”, padres recluidos en centros penitenciarios o madre con alguna enfermedad mental; y, la repetición del patrón de maternidad adolescente en la familia.

CATEGORÍAS REACCIÓN DE LOS PADRES Y PAREJA SENTIMENTAL/SEXUAL ANTE LA SITUACIÓN

Figura 9: Estructuración, reacción de los padres y pareja sentimental/sexual



Triangulación: Reacción de los padres ante la situación

INFORMANTE 1	<i>Al comienzo no reaccionaron como queee ay todos felices no, sí se molestaron por lo que era a mi edad que era muy joven, pero ya más antes había vivido un caso igual con mi cuñada, de esa forma mis papás no reaccionaron mal yaaa, ya vamos a apoyarte yyy vamos a estar contigo como siempre</i>
INFORMANTE 2	<i>Mi mamá no no me dijo nada cuando se enteró que yo estuve embarazada, qué puedo hacer seguir adelante no ma, no me ha gritado tampoco me ha felicitado jeje...</i>
INFORMANTE 3	<i>...No lo tomaron de la mejor forma, bueno para ellos fue como si el mundo se les viniera encima (...) ...pues, me gritaron, recuerdo que mi papá le dijo a mi mamá que me olvide de él, o sea que ya no me iba a poyar en nada, que no era su hija ...ambos estaban muy decepcionados conmigo.</i>
INFORMANTE 4	<i>Le dije a mi mamá, como que me llamó la atención, esperé 5 meses hasta que se me empiece a notar y le dije a mi papá, y mi papá me dijo bueno si ya algo me las olía y me dijo que vea qué hago que se vaya de mi casa que piense dónde voy a vivir... y ya no me dirigía la palabra y nada</i>
INFORMANTE 5	<i>Ya pues después mi mamá me regañó, sí me regañó y me dijo ¡qué tenías en la cabeza! osea creo que mi papá y, reaccionó de una manera un poco más tranquila ... creo que lo estuvo pensando todo el día qué decirme y ya, si me regañó, pero no me levantó la mano mi papá...</i>
ONFORMANTE 6	<i>Mis papás no saben que yo ya soy mamá; a mi mamá le he tratado de decir por medio de un amigo, pero como ella es un poquito malita, le había dicho ¡no, yo no voy a darle plata, ni que me pida nada!, entonces al saber esa reacción de mi mamá yo me sentí mal; mi papá no sabe todavía ...</i>

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: Es normal que los padres reaccionen de manera exacerbada cuando han esperado de su hija un futuro más benigno para ella, y el hecho de truncar sus planes es motivo para tener ese tipo de reacciones bruscas que de momento serán de ira o rabia, como se le quiera llamar. Sin embargo, he visto también que es cuestión de momento, porque ya posteriormente surge el instinto materno y paterno de cuidado y protección hacia su hija y terminan en la mayoría de los casos perdonando y apoyando en el camino hacia sus metas o propósitos. Inicialmente los padres reaccionan con enojo, decepción, realizan críticas destructivas hacia la hija y existe la presión hacia el aborto por parte de alguno de los padres (madre); sin embargo, tiempo después gracias al proceso de asimilación, los padres muestran apoyo a la joven, le dan protección y cuidado, la guardan y llegan a la promoción de vínculos familiares entre la adolescente madre y el progenitor.

Triangulación: Reacción de la pareja sentimental/sexual

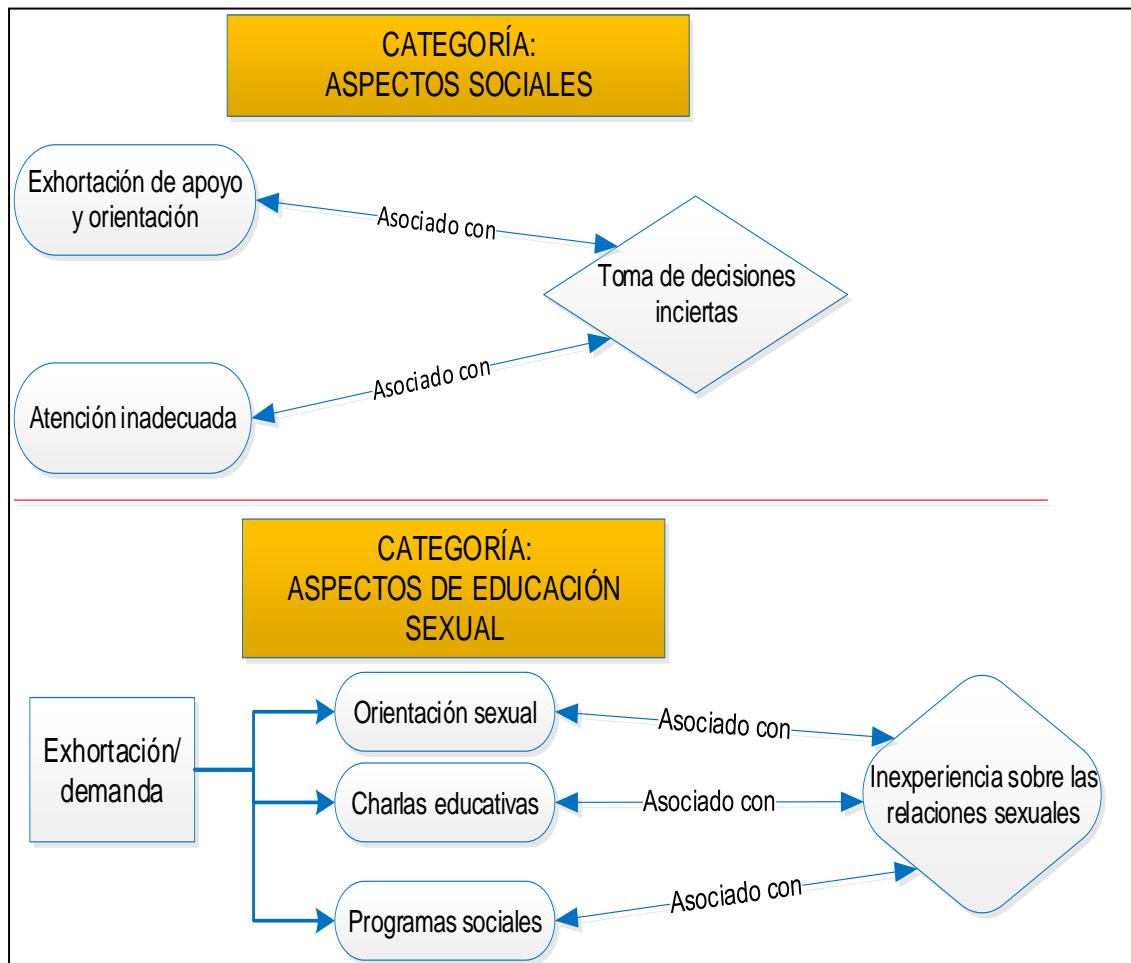
INFORMANTE 1	>>se puso muy feliz porque para él, por él eeeh por el estee quería formar una familia ya tenía la mentalidad de formar una familia... me dijo que iba estar conmigo siempre que me iba a apoyar que lo íbamos a cuidar bien como papás>>
INFORMANTE 2	mmm el papá de mi hijo me dijo que no quería saber nada, que no quería tener hijo todavía no estaba en sus metas;>> cuando yo me enteré que estaba embarazada y por teléfono no ma le he dicho que estaba embarazada, primero me dijo que claro que no quería tener
INFORMANTE 3	Lo tomó de la mejor manera mmmm me dijo que no preocupara, que no me dejaría sola y haría todo lo posible para seguir con nuestros planes y metas. Si, solemos hablar muchos sobre este tema de salir adelante... tenemos proyectos en común, como, por ejemplo; tener un negocio propio, nuestra casa
INFORMANTE 4	Primero me dijo que lo pensemos bien, de ahí me dijo que sí hay que tenerlo, no vamos a cometer el mismo error de la primera vez, que es nuestra decisión de los dos mmmm él estaba feliz. >>mmmm me ha hablado también de apoyarme en mis objetivos, sí sí me dice quee apenas termine mi deuda vamos a juntar para empezar a estudiar todo eso.
INFORMANTE 5	Le dije que estaba embarazada o sea él lo tomo como que bueno o sea que bien, se sentía feliz.
ONFORMANTE 6	Y cuando mi pareja vio la ecografía se puso triste con ojos llorosos, yo me he llorado en el carro porque no quería estar embarazada... pero cuando mi pareja vio toda la ecografía ya no quería hacerlo abortar y yo tampoco ya no quise, pero en el inicio sí íbamos a abortar>>

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: El apoyo en este tipo de situaciones es fundamental, y para la mujer llámesela adolescente es muy importante, hecho éste, que se transmite directamente al bebé por cuanto se estimula el sentimiento. Este es uno de los acontecimientos significativos que, en pareja pueden darse de manera mutua, un sentimiento de felicidad a la espera de un nuevo ser. Cuando ocurre lo contrario entonces es otro tipo de emociones el que siente la madre acompañado de ansiedad y miedos por una realidad que ella sola no debería afrontar. Encontramos como *aspectos positivos* de la reacción de la pareja sentimental/sexual de la madre adolescente los siguientes: en algunos casos existe la muestra de apoyo, protección y cuidado, respaldo, responsabilidad paterna; y como *aspectos negativos*: indecisiones por parte del joven, algunos ejercen violencia de género principalmente la agresión física hacia la adolescente, asimismo la irresponsabilidad paterna, no querer asumir el rol. La violencia de género puede estar condicionada por el consumo de sustancias estupefacientes por

parte del joven padre; en estos casos son los padres de la joven madre quienes le brindarán mayor apoyo y en ocasiones la de los padres del joven.

CATEGORÍAS ASPECTOS SOCIALES Y DE EDUCACIÓN SEXUAL

Figura 10: Estructuración, aspectos sociales y de educación sexual



Triangulación: Aspectos sociales

INFORMANTE 1	<i>Yo creo que deben poner este donde puedan acudir ahí para que puedan ser ayudadas por psicólogos, doctores... en algunos casos hay poco apoyo, en el centro de salud a veces te apoyan</i>
INFORMANTE 2	<i>Yo creo que más donde estudian los adolescentes, colegios, ahí deben hablarles de estos temas de embarazo en la adolescencia, deben dar charlas en los colegios, también puede haber en los puestos de salud a las mamás adolescentes, yo creo que en eso puede ser. las municipalidades den charlas de emprendimiento sería bueno, charlar</i>
INFORMANTE 3	<i>Deberían brindar oportunidades para que las mamás adolescentes emprendan algún negocio propio... ya que para nosotras es difícil encontrar un trabajo adecuado...</i>
INFORMANTE 4	<i>>>las instituciones creo que deben apoyarles más, porque van es como, si van a estudiar es sobre todo para nuestros hijos ... mmm los particulares quizá la economía en la pensión (mensualidad) puede ser un poco menos, mmmm o sea en la economía más que todo o brindando orientación para emprender un negocio</i>
INFORMANTE 5	<i>Bueno yo ahorita estoy viendo queeee las postas no apoyan con el SIS (seguro integral de salud), creo que deben apoyarle a la mamá con un poquito más de tiempo, perooooo yo creo que debería ser también charlas, una adolescente embarazada, ya deberían de más que todo encargarse de ellas o sea seguirle, darle un seguimiento</i>
ONFORMANTE 6	<i>>> en las adolescentes que no tienen pareja o que su pareja les deja o sus papás los botan deben llevarlas a un albergue, pero un albergue estable donde puedan estar bien ... apoyarlas en alimentación porque algunas mamás no tienen para comprar... que pongan kinder para el cuidado del bebé y así puedes ya trabajar. Sería bueno que nos ayuden a capacitarnos en qué poder trabajar.>></i>

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: La parte social en general juega un papel relevante en éste tipo de situaciones, porque los encargados de que se estimulen programas preventivos va a depender tanto del hogar como de la parte educativa, política y cultural; que juntos conforman una sociedad. Lo más loable por la parte gubernamental o estatal serían programas comunales basados en oportunidades, orientación y protección; por parte de la salud sería la prevención y a la educación le corresponde la parte de orientación tanto vocacional como sexual para evitar todas estas situaciones inciertas. Políticas de orientación laboral/ocupacional, como las de emprendimiento sería una de las maneras de apoyo; así mismo, la protección y atención a este grupo poblacional sugiere un asunto de importancia y de intervención oportuna e inmediata debido a su vulnerabilidad en cuanto a su salud y la de su bebe, su desarrollo personal, económico y rol social. Según el análisis de las entrevistas, las adolescentes madres exhortan de manera desesperada apoyo y orientación, sienten o han experimentado una atención inadecuada por parte de las instituciones estatales las cuales generan que tomen decisiones inadecuadas o en muchos casos no saben qué hacer con sus vidas.

Triangulación: Aspectos de educación sexual

INFORMANTE 1	>>yo creo que se deben hacer charlas esteee consejos no de los centros de salud para todas las adolescentes veo que esas actividades no se dan mucho...
INFORMANTE 2	También deberían ir a los hogares a hablar de eso a los papás, hablar con sus hijos; en los puestos de salud también dar charlas a las mamás.
INFORMANTE 3	...Los padres tienen que brindarles información desde la pubertad, deben ser más comprensivos, afectuosos y tienen que saberlos escuchar... las instituciones educativas, de salud, y otros deben dar charlas de educación sexual a los jóvenes y población así prevenir muchos problemas como por ejemplo el embarazo en las adolescentes...
INFORMANTE 4	Deben dar charlas, hablarles o sea que haya más charlas para que mmm no se vuelvan a embarazar o que las adolescentes no se embaracen; mmm creo que principalmente eso.
INFORMANTE 5	Respecto a la educación sexual mmmm ... deberían deee, mmm orientar más que todo pero, orientar dinámicamente aaa hacerlo más divertido las charlas porque hay unas personas que hacen charlas ooo la las charlas no un poco seeerias, aburridas, un poco aburridas, así como para que las personas adolescentes más que todo eeh tomen atención no.
ONFORMANTE 6	Deben explicarles más a las adolescentes en charlas y talleres, dar testimonios de mamás adolescentes de cómo ha sido su embarazo el parto y vean el caso y analicen que no es tan fácil... no sólo las adolescentes deben ser capacitadas sino también los varones, las mamás...; dar charlas para ambos varones y mujeres y los padres de los adolescentes.

EXÉGESIS Y COMPRENSIÓN: La educación sexual no sólo es competencia del hogar, también aquí el colegio, el docente es un elemento que contribuye en gran manera con lo que son datos importantes para que los adolescentes conozcan lo concerniente al cuidado tanto de uno como del otro, ya sea cuidarse de enfermedades como de un embarazo no deseado que más adelante va a truncar el futuro de los mismos, y sobre todo de la mujer. Y desde casa fortalecer y hablar de los planes para el desarrollo de una mejor calidad de vida a través de la adquisición de metas y cumplimiento de objetivos. Los talleres o capacitaciones debieran brindarse de manera dinámica, participativa fácil de entender evitando la utilización de lenguaje técnico. Las participantes en el estudio muestran una clara deficiencia respecto a la educación/orientación sexual, exhortan y demandan orientación, charlas o programas sociales de modo que se puede prevenir la reincidencia en el embarazo y la ocurrencia del embarazo prematuro en otras adolescentes.

CONTRASTACIÓN – DISCUSIÓN

A continuación se procederá a contrastar y explicar los hallazgos a las que se abordó en la presente investigación con las de otros investigadores que hemos considerado en el apartado de antecedentes de la investigación. De este modo comprender la percepción de proyecto de vida de las madres adolescentes que participaron en la presente investigación.

RESPECTO A LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ASPECTOS RELACIONADOS A LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

04 de las madres adolescentes participantes tienen 19 años de edad, seguidamente de 18 y 17 años en proporción de 01. La edad promedio de embarazo/maternidad fue a los 17 años 03 madres adolescentes; en su totalidad de las participantes (06) su embarazo no ha sido planificado. Respecto al nivel económico de las participantes en su mayoría pertenecen al estrato bajo (04) y, 02 jóvenes al estrato medio. El grado de instrucción que predomina en las participantes es el superior incompleta (03), 02 con secundaria completa y 01 adolescente con secundaria incompleta, es decir, hay tendencia a dejar los estudios/deserción académica; la convivencia es el estado civil que predomina en las participantes (04), mientras que 02 de ellas son solteras o sus parejas evadieron la responsabilidad. Datos que concuerdan con los hallazgos de Bermúdez, et al. (2013) y Solis (2013), donde afirman que; las participantes en su investigación en un 70% pertenecían a una condición económica baja, la edad que prevaleció de las jóvenes madres fue de 18 años, el estado civil que prevaleció fue la unión libre o convivencia; el nivel educativo que predominó fue el nivel secundario, sin embargo, en nuestra investigación discreparamos ya que el nivel educativo que predominó fue el superior incompleta (03); asimismo, en el estudio de Bermúdez 08 de las 10 de las participantes no planificaron su embarazo, en nuestro estudio en su totalidad, 06 madres adolescentes no planificaron tener un bebé en esta etapa.

Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales; que en nuestro estudio fue en promedio de 15 – 17 años de edad, se corrobora con los resultados de Solis (2013), quien observó que las adolescentes comenzaron una actividad sexual activa entre los 14 y 16 años de edad, propiciando el embarazo prematuro.

El tipo de familia que prevalece en las adolescentes madres es la familia integrada (04); sin embargo, la dinámica familiar/o tipo de relación familiar que predomina en la mayoría de las familias de las participantes se caracteriza por ser regular (04), es decir que existe falta de comunicación, confianza, atención, soporte emocional inadecuado; seguido de una dinámica familiar mala (01). 04 madres adolescentes son nacidas en el departamento de

Arequipa mientras que 02 son provenientes de otras provincias. En palabras de Solis (2013) afirma que, las adolescentes no mantenían una comunicación constante y de confianza con sus progenitores en cuanto a las problemáticas que sostenían.

Respecto a la educación sexual, se encontró que el nivel de conocimientos respecto al tema es deficiente y/o regular, no habiendo alguna que tenga adecuado conocimiento del mismo.

CATEGORÍA: PERCEPCIÓN DE PROYECTO DE VIDA

Todas las informantes tenían una configuración lógica de su proyecto de vida, por lo que desde sus vivencias opinaron en iguales coincidencias. Es por ello que se toma como un desafío para ellas poder continuar con sus planes personales, laborales, educativos; aunque refirieron que podían retomar algunos siempre y cuando contaran con un apoyo, sin embargo, los planes de vida en la mayoría de las madres adolescentes se ha visto reajustada o modificada, si antes era continuar estudios universitarios, ahora aspiran a carreras técnica de corta duración con la finalidad de obtener un trabajo y solventar gastos que ocasionaría la responsabilidad materna; estando ya en condiciones de madres uno de los objetivos importantes a conseguir es un hogar propio y estabilidad económica, el concepto de responsabilidad materna estará siempre en cada uno de sus proyectos futuros. Las vivencias de cada informante son aparentemente parecidas, por el hecho de ser madres adolescentes, sin embargo, sus proyecciones se observan desorientadas, ya que, se debe decidir cuál es el camino a seguir en relación a formación académica, personal y profesional, y lo que pude observar es que ninguna estaba clara en lo que realmente quería para sí, porque estaban entre decisiones que al fin y al cabo no supieron ni pudieron elegir. Todas las participantes antes de quedar embarazadas contaban con un proyecto de vida dentro de ello y uno de los principales está los estudios y la búsqueda de estabilidad económica. En el estudio de Bermúdez (2013), las adolescentes antes de quedar embarazadas tenían planes como estudiar, obtener un título y aspirar a un trabajo acorde a su nivel académico, asimismo, 3 de las 10 participantes quieren retomar de manera personal el proyecto de vida que habían aplazado.

Agurto (2012), afirma también al respecto que las participantes en su estudio, contemplan un profundo deseo e interés en culminar sus estudios, prepararse en algún oficio o profesión, con la finalidad de contar con las herramientas necesarias para desarrollar una actividad laboral, por medio de la cual satisfacer las necesidades materiales y económicas que demanda ser madre. En la construcción del proyecto de vida aparece de manera importante la adquisición de una casa propia. Asimismo, Solis (2013), concuerda con los hallazgos de los investigadores ya mencionados, afirmando que las jóvenes madres

sostienen algún proyecto de vida y respecto a la escolaridad se plantea como condición necesaria para cumplir sus metas materiales como su casa propia.

Congregado Emergente:

La percepción del proyecto de vida es una fijación que se realiza muchas veces desde temprana edad, es decir, una adolescente en desarrollo ya puede estar perfectamente vinculado a las actividades que lo van a proyectar de manera tal que pueda alcanzar sus metas y tener la calidad de vida que desea. Asimismo, es importante destacar, que la orientación de los padres, la orientación vocacional juega un papel muy importante, por cuanto se vale de esa guía para seguir modelos que coadyuven en el desenvolvimiento de sus acciones futuras.

CATEGORÍA: PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LA MADRE ADOLESCENTE

Las emociones de la madre se consideran únicas por el hecho de que la maternidad trae consigo instintos, dedicación, responsabilidades, compromisos, constancia y amor inigualable por su hijo. En ese sentido, pude evidenciar en las entrevistas que todas las informantes experimentan los sentimientos encontrados de temor, preocupación, incertidumbre, ansiedad, ánimo decaído (durante el embarazo), angustia, alteraciones exasperadas, tristeza, inseguridad y miedo ante la posible reacción de sus padres y pareja. Esto, debido al hecho de que no están preparadas ni psicológica o físicamente para llevar a cabo la responsabilidad tan grande que significa traer un hijo al mundo. Es considerable también rescatar, que ese sentimiento ya viene desde el mismo momento de la concepción, porque hay cambios hormonales que hay que tomar en cuenta y que suponen también cambios en la conducta, a veces están tristes, otras veces alegre y así. Estos sentimientos encontrados están vinculados también a la decepción amorosa, a falta de apoyo familiar, dinámica familiar deficiente caracterizada por la deficiencia en la comunicación y comprensión, la falta de apoyo y respaldo de la pareja sentimental/sexual; en lo posterior la aceptación generará sentimientos de alegría, felicidad y tranquilidad.

Tal como menciona Bermúdez et, al. (2013) el asumir y la aceptar la maternidad adolescente de manera positiva estará precedida por una etapa de crisis y conflicto tanto personal, emocional y como familiar que se origina al momento de conocer su embarazo; así mismo, algunas de las participantes en su investigación mencionaron que la familia y la pareja son fuente de conflictos interpersonales. Agurto (2012) encontró que en algunos casos la familia de origen de la madre adolescente funciona como una fuente importante de seguridad al mostrarles apoyo; apoyo que motivará a las madres adolescentes a

sentirse más seguras en la toma de decisiones y favorece el estado emocional/mental, lo que permitirá un desarrollo favorable en cuanto a la consecución de sus planes de vida.

También pude observar, que en ocasiones algunas pensaron hasta en la posibilidad del aborto motivada por la inseguridad, las dudas, confusiones para asumir la responsabilidad, falta de apoyo y comprensión por parte de los padres y pareja sentimental/sexual; situación ésta, que también cubre de tensión e inestabilidades emocionales a la futura madre joven. Y como pensamientos favorables que pudimos observar en las entrevistadas tenemos: mantienen un pensamiento de responsabilidad hacia el hijo (a), sienten motivación a causa del nuevo primogénito (a), optimismo por salir adelante para ello se plantean propósitos y metas, planifican el uso de su tiempo distribuyéndolas en actividades laborales, cuidado del bebé y estudios en ello es necesario considerar la programación de espacios, es decir, dónde y con quién dejarán al cuidado de su menor hijo (a), dónde pueden laborar con la facilidad de estar con el bebé o un trabajo a medio turno; está claro que los estilos de vida de estas madres jóvenes se ha visto modificado por su nueva condición en las mismas se encontrarán con diversas dificultades; las relaciones interpersonales y sociabilidad se verán tal vez disminuidas. En el estudio de Bermúdez et. al. (2013) los hallazgos indican que, la maternidad en 07 de las participantes les sirvió de incentivo para asumir el rol como madres, cabe decir, asumir la responsabilidad de modo que tendrán que cambiar aspectos en cuanto a su estilo de vida. Agurto (2012) sostiene también en una de sus conclusiones abordadas en su estudio que, la maternidad las desplaza en los ámbitos de socialización y en algunos casos limita su desarrollo personal, formación e inserción en el ámbito educativo y en el mercado laboral.

Congregado Emergente:

Estas emociones y pensamientos subyacen a partir del conocimiento del hecho de que va a ser madre. Además, tomando en consideración que existe en la adolescencia una ansiedad per se, que se encuentra estrechamente relacionada con esa condición que se desarrolla a partir de cierta edad, las madres se sienten con mayor presión por ante hechos vinculados a la educación y a la sociedad que son las que mayormente juzgan y ponen en tela de juicio la moral de esas adolescentes. Esto hace que existan mayores riesgos para pensar en abortos, huir de casa o en algunos casos hasta en quitarse la vida; por lo que las orientaciones y apoyo en estos casos son fundamentales.

CATEGORÍA: SIGNIFICADO DE SER MADRE ADOLESCENTE

Este hecho se pudo observar que tiene para las informantes un valor excepcional y que es incomparable con otro, tanto así que tomaron la loable y firme decisión de tener a su bebé en contra de todo lo que pudiesen decir o hacer en contra de ellas. Es por tanto la lucha más valiente que han realizado, porque considerando el hecho de que son muy jóvenes para tener a una criatura a su cargo y por lo que pude observar hasta sin apoyo de sus parejas o de su familia (padres), es decir, les toca solas salir adelante.

Pero, a pesar de todo, el significado que le otorgan las informantes al hecho de ser madres es que sin lugar a dudas se construye un vínculo de amor incondicional, compromiso, valentía, motivación para la consecución de sus metas en relación con el bebé, cambios en los estilos de vida, gran parte de las madres participantes consideraron esta nueva etapa como una experiencia gratificante a pesar de las dificultades que se presentaron y presentan, sienten una obligación de cuidado y protección del hijo (a) y sobre todo la responsabilidad hacia su hijo prima en todas las madres participantes; sin embargo existe cierta desazón ocasionada por la concepción de que no es la edad propicia para asumir la maternidad ya que consideran que existe una falta de preparación física, psicológica y emocional que podrían ocasionar riesgos en cuanto a su salud física y psicoemocional.

Estos hallazgos que se corroboran con los de Bermúdez et. al. (2013) en la que afirma que la maternidad por la mayoría de las participantes es vivenciada como una experiencia gratificante, dado que representa en ellas un evento vital relevante. Agurto (2012) en su investigación afirma, que la maternidad es integrada al proyecto de vida la razón por la cual orientan sus esfuerzos, sacrificios y proyectos futuros, convirtiéndose la función materna en el gran motivo de sus vidas. Salazar (2015) en su estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Perú – Lima, las madres adolescentes perciben un riesgo desde un punto de vista físico ya que aún no han desarrollado lo suficiente para estar embarazadas y no están preparadas.

Congregado Emergente:

La maternidad es un proceso muy complejo, y comprenderlo desde la adolescencia es mayor aún el reto. Es una condición de vida que sólo ellas pueden dilucidar ante los ojos de los demás. Consideran ser madres como un reto importante para lo cual han de prepararse de manera más rápida que aquellas que lo han planificado, y tomando en cuenta de que también corren riesgos en el embarazo por su misma condición de adolescente, se aferran más al hecho de que van a ser madres y tendrán a alguien que necesitan de ellas para poder vivir.

CATEGORÍA: POSIBLES MOTIVACIONES Y/O CAUSAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

Es de considerar que hay aún en las familias un cierto recelo por el tema, se considera tabú y, por otro lado, la desinformación y orientación de parte de los padres que falta en el tiempo y de formas adecuadas; los programas educativos que no se encuentran desde la primaria hasta la secundaria, es lo que mayormente se pudo observar en las vivencias de las informantes. Entre sus opiniones se encuentra también la falta de supervisión y orientaciones de parte de los padres, soporte familiar inadecuado en la que hay deficiencias en cuanto a la dinámica familiar, falta de confianza y comunicación entre padre e hijos, poca atención hacia los hijos, la ausencia de las figuras paternas también es un factor que puede estar desencadenando este fenómeno;

Tal como lo dice la UNICEF (2007), el informe refiere que “Las madres adolescentes dan varias razones para explicar su embarazo, siendo las más importantes la curiosidad y la presión del grupo. Las relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos, la falta de guía parental y los mitos y conceptos errados sobre el sexo son también factores clave. Así mismo, Agurto (2012) concluyó en su estudio que, la función materna, se ejercería como un elemento que permite llenar las carencias afectivas personales, encontrar un propio sentido de vida; es decir, llenar vacíos emocionales y afectivos que no han sido satisfechos en su núcleo familiar debido a múltiples factores como las que mencionamos en nuestra investigación líneas atrás. Solis (2013) concluye también, que las adolescentes madres no mantenían una comunicación constante y de confianza con sus progenitores en cuanto a las problemáticas que ellas sostenían, confirmando con los hallazgos de nuestro estudio respecto a una existencia de un soporte familiar inadecuado en las familias de las participantes las que se relacionan con otros aspectos ya mencionados anteriormente. Finalmente Calle (2015), afirma en su estudio que, en el caso de las adolescentes que buscan el embarazo se debe también a la falta de la figura paterna y la falta de amor de sus padres cuando eran niñas lo que conlleva a buscar refugio y la protección en la pareja actual y como consecuencia el embarazo, perciben la maternidad como una realización con la pareja para llegar a constituir una familia, no siendo ésta lo que realmente conseguirán, así mismo, afirma que en muchos casos el patrón de la maternidad en la adolescencia se repite, ya que hay mayor probabilidad que las hijas de madres que tuvieron su bebé durante la adolescencia repita el patrón.

Congregado Emergente:

Las causas elementales se encuentran principalmente en el desconocimiento y orientaciones educativas y/o pedagógicas sobre la sexualidad, la falta de supervisión, tiempo de los padres, educación de los mismo, ya que se observa que un gran número de jóvenes embarazadas vienen de los estratos económicos más bajos y falta de educación de sus padres, presencia de un soporte familiar inadecuado, dinámica familiar deficiente, falta de confianza y comunicación entre padres – hijos, ausencia de figuras paternas, incapacidad moral de los padres y la repetición del patrón.

CATEGORÍA: REACCIÓN DE LOS PADRES ANTE LA SITUACIÓN

Se pudo observar que la reacción ante un hecho inesperado de parte de las jóvenes causó conmoción en los padres, por cuanto estos esperaban mayor reciprocidad o que se reivindicaran con ellos y con su propia vida al hacer un proyecto de vida que contribuyera a su pleno desarrollo como personas bien desenvueltas ante la sociedad. Algunos padres lo aceptaron después del hecho, pero hubo otros que no, y que ni siquiera apoyaron, aunque sea lo más apreciado que el amor y orientaciones básicas para con las jóvenes en su nueva realidad. Las reacciones de los padres en un inicio al enterarse la noticia fue de; enojo, decepción, críticas destructivas e incluso presión para el aborto. Que luego de haber pasado por un proceso de asimilación la familia mostrará su voluntad de apoyo, protección y cuidado, resguardo e incluso promocionan el vínculo familiar entre los nuevos padres adolescentes (convivencia).

Tal como menciona Agurto (2012), en una etapa inicial, cuando se da a conocer la condición del embarazo se produce un periodo de crisis y conflicto, tanto personal como familiar, este se produce por un corto lapso y es sucedido por un proceso de adaptación y ajuste a medida que las familias y parejas manifiestan su voluntad de apoyo frente al evento.

Congregado Emergente:

Es importante para las jóvenes la manera en cómo van a reaccionar sus padres, porque son a quienes les deben respeto y consideraciones. Para este hecho los padres nunca están preparados, por lo que muchas veces pueden surgir reacciones exacerbadas o de shock al enterarse de que su hija va a ser madre antes de tiempo.

CATEGORÍA: REACCIÓN DE LA PAREJA SENTIMENTAL/SEXUAL

No en todos los casos la pareja reaccionó feliz al saber que iba a ser padre, cosa que influyó negativamente en las emociones y sentimientos de algunas de las adolescentes. Pero hubo casos en los que, sí surgió el apoyo, todo lo cual generó sentimientos de confianza, proyecciones de nuevas metas y programación del tiempo en conjunto, así como la unión familiar para la conformación del hogar que requiere un niño para crecer en un ambiente sano y hecho para él a base de amor. Encontramos de este modo aspectos negativos de la pareja; como, indecisiones, violencia de género (a causa de consumo de estupefacientes) e irresponsabilidad paterna en estos casos es la suegra (madre del adolescente) quien la apoyará de algún modo. Los aspectos positivos de la mayoría de las parejas sentimentales/sexuales fueron de; apoyo, mostraron protección y cuidado, respaldo, asumieron la responsabilidad del caso.

Al respecto Agurto (2012) afirma que para disminuir la crisis, preocupación y facilitar la adaptación es importante la manifestación de apoyo de la pareja de la adolescente que va ser madre. Refiere Alcocer (2012) que las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzadamente por esa situación.

Congregado Emergente:

De acuerdo a la forma de cómo se tome la noticia y la reacción que se tenga sobre la misma surgirán muchas situaciones que pueden ser positivas o negativas en todo caso, esto es, si existe apoyo de parte de la pareja, la madre siente alivio, seguridad y protección, en caso contrario pues surge la ansiedad, inseguridad y otros sentimientos que suelen traer consecuencias tanto para la madre como para el bebé. La sugerencia es, por tanto, proporcionar el apoyo, y desde los hogares tomar conciencia de la crianza del hombre para que éste sea considerado el protector de la mujer y los niños y no que se vea como la figura ausente y muchas veces malvado.

CATEGORÍA: ASPECTOS SOCIALES

Como ya sabemos, y se pudo observar en las entrevistas, la parte social es muy importante para el sano crecimiento y desarrollo de la adolescencia, lo que se reduce en opinión de las informantes a: falta de programas socioeducativos para orientaciones, que le permitan tener un conocimiento de lo que quieren para su vida y lo que deben hacer para alcanzarlo. Todas las informantes coincidían en que es parte de los entes gubernamentales la parte de exhortar a las comunidades en la asistencia a programas de salud, educativos y

culturales que evidencien las diferentes formas de prevención, y también eviten los tiempos de ocio en algunas de las adolescentes; apoyo y orientación personal para que de este modo puedan tomar decisiones adecuadas para su futuro o puedan ser capacitadas en alguna ocupación u oficio para que puedan solventar los gastos. Se ha encontrado que hay casos en las que las madres adolescentes han tenido una inadecuada atención en sectores encargados de velar por su salud, se han visto criticadas por su condición aduciendo que ellas son las únicas culpables de su acto, esto generó en ellas la desconfianza a no acudir a los establecimientos de salud para buscar orientación y a realizar sus controles (durante el embarazo), además de temor y desequilibrios emocionales no favoreciendo la salud de la misma y la de su hijo en vientre o en brazos, ya que muchas veces es la sociedad que estigmatiza a este grupo social con tan sólo mirarlas.

En palabras de Menéndez y otros (2012), las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social.

Congregado Emergente:

Entre los aspectos sociales más evidentes se encuentran las diversas formas que tiene principalmente la sociedad como tal de abordar este tipo de situaciones, es decir, supone el complemento entre el hogar y lo que podemos encontrar como aprendizaje significativo en los diferentes entornos, llámese educativo, político, de salud, financiero, culturales y comunitario. Con base en el empoderamiento de programas esenciales para la prevención del embarazo y enfermedades se puede contribuir con el proyecto de vida de las adolescentes y hacerles ver que existe un momento para cada situación, dándole así una mayor connotación y/o significado para ellas.

CATEGORÍA: ASPECTOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

Pude observar entre las opiniones de las informantes, que no se encontraban del todo preparadas e informadas sobre el aspecto educativo sexual, es decir que, si había algún conocimiento, pues no lo llegaron a usar para evitar el embarazo. Y una de ellas ya había pasado por esta situación, es decir, reincidió, teniendo ya una noción de cómo cuidarse y protegerse de enfermedades y embarazos. Porque, también cabe mencionar que no se trata sólo de la llegada de un hijo, sino de una enfermedad que es la peor parte de la situación, y se evidencia que ninguna hizo lo propio por evitar esto último tampoco. Ellas

demandan orientación en tema de sexualidad ya sean charlas y programas sociales que ocupen a las y los adolescentes.

Tal como sostiene Wilkinson y Kitzinger (citados en Hiriart, 1999), la mayor parte de la información que reciben los jóvenes acerca de sus cambios corporales así como la respuesta sexual y de las relaciones interpersonales y sexuales, proviene de sus compañeros o de su grupo de amigos. Es decir, que la información sobre sexualidad se da de manera *informal* cuando en estos casos se debe complementar y tener como aspecto importante la educación sexual *formal*, proveniente de instituciones (salud - educación) y personal capacitado en el tema y libre de mitos y tabúes dando así a conocer sus derechos respecto a la sexualidad.

En opinión de Gossart (2015) las madres y los padres desprevenidos pueden dejar pasar varios años de formación antes de darse cuenta de que incluso los más pequeños, merecen una educación sexual bien pensada y bien intencionada. A las niñas y niños les va mejor cuando hablamos con ellos pronto y con frecuencia, cuando los escuchamos, cuando compartimos información al igual que los valores personales, y cuando creamos un ambiente en el que hablar de temas sexuales es norma, cómodo y esperado.

Congregado Emergente:

El conocimiento por parte de las adolescentes sobre la edad de comienzo de las primeras relaciones sexuales es de gran importancia porque cuando la iniciación y el descubrimiento sexual es prematuro y apresurado, quemando etapas, ya sea por una preparación insuficiente u otros motivos, como presiones externas a la pareja, de los amigos, o simplemente por curiosidad, esto suele traerles serias consecuencias en su desarrollo psicosexual, que se traduce en embarazos, matrimonios precoces, abortos o disfunciones sexuales entre las más frecuentes, esto coincide con otros estudios realizados.

CONCLUSIONES

- Primera:** Respecto a las características sociodemográficas, la edad de las adolescentes madres oscila entre los 17 – 19 años, la edad promedio de embarazo fue a los 17 años, 04 de las madres adolescentes decidieron convivir, mientras que las restantes quedaron solteras debido al desentendimiento de sus parejas, prevalece en ellas la condición socioeconómica baja, el grado de instrucción que prevalece es la superior incompleta seguida de secundaria completa y una participante con secundaria incompleta. Respecto a los aspectos relacionados a la maternidad adolescente; las participantes se iniciaron sexualmente entre los 15 – 17 años de edad, ninguna planificó su embarazo, la mayoría proviene de una familia integrada, sin embargo existe deficiencia en la comunicación, confianza y soporte emocional, ninguna cuenta con los conocimientos y prácticas adecuadas respecto a la educación sexual.
- Segunda:** Respecto a la percepción de proyecto de vida, todas las participantes antes de la condición de madres mantenían una configuración lógica acerca de su proyecto de vida, concluir estudios superiores, búsqueda de estabilidad económica y autonomía; sin embargo, debido a su nueva condición se ven en la necesidad de reajustar sus planes de vida en distintos aspectos, en algunos casos la profesión universitaria deja de ser primordial ahora aspiran a una carrera u ocupación técnica de corta duración con la finalidad de obtener sustento, la búsqueda de empleo se intensifica. Resaltamos que a pesar de sus dificultades se mantienen los deseos de concretar los planes de vida en lo personal, académico y laboral, aquí cobra importancia el apoyo familiar y la de su pareja; las aspiraciones materiales como casa propia a corto plazo se vuelva trascendental.
- Tercera:** Las emociones de la madre adolescente se consideran únicas y característicos por el mismo hecho que son adolescentes, en este sentido concluimos que experimentan sentimientos como: preocupación, incertidumbre, miedo al temor de la reacción de los padres y su pareja, ánimo decaído (durante el embarazo), angustia, alteraciones exasperadas, tristeza. Esto debido a que no están preparadas ni física ni psicológicamente para asumir una responsabilidad tan grande como es traer un hijo al mundo; estos sentimientos están relacionados a una decepción amorosa, falta de apoyo familiar o a la evasión de la responsabilidad paterna. Pero que al contar con

el apoyo familiar y de pareja estos sentimientos van a disminuir facilitando de este modo la aceptación de esta nueva etapa sintiéndose más tranquilas y alegres.

Cuarta: Los pensamientos de una madre adolescente son diversos, en nuestra investigación pudimos encontrar que existen pensamientos negativos que van desde ideas abortivas motivada por la inseguridad, dudas y confusión para asumir la responsabilidad materna, falta de apoyo y comprensión de los padres y pareja sentimental/sexual; situación que complica la inestabilidad emocional de la madre joven. Contrariamente, prevalecen pensamientos favorables como: el concepto de responsabilidad ante la situación, sienten motivación a causa de hijo (a), se muestran optimistas para salir adelante, se plantean propósitos y metas, planifican el tiempo y espacio distribuyéndolas en actividades laborales, académicas y cuidado del bebé; las relaciones interpersonales y sociabilidad se verán disminuidas como consecuencia de la responsabilidad materna que demanda tiempo.

Quinta: El significado que le atribuyen a la maternidad adolescente es como sigue; construyen un vínculo de amor incondicional, compromiso, valentía, fuente de motivación, implica cambios en los estilos de vida, gran parte de las madres participantes consideraron esta nueva etapa como una experiencia gratificante a pesar de las dificultades que se presentaron y presentan, sienten una obligación de cuidado y protección del hijo (a) y sobre todo la responsabilidad hacia su hijo prima en todas las madres participantes ya que la maternidad ahora se integra a sus proyectos de vida; sin embargo consideran que previa a la aceptación precede una crisis tanto personal como familiar, ocasionada por una desazón y descontento porque aún no era la edad propicia para la maternidad ya que no se encuentran preparadas ni física, psicológica y emocionalmente.

Sexta: Respecto a las posibles motivaciones y causas de la maternidad adolescente, concluimos; en las familias de las participantes aún existe tabú relacionados al tema de sexualidad, desinformación; así mismo, falta de supervisión y orientaciones de parte de los padres hacia los hijos, soporte familiar y emocional inadecuado en la que hay deficiencias en cuanto a la dinámica familiar, falta de confianza y comunicación entre padres e hijos, poca atención hacia los hijos, la ausencia de las figuras paternas, la búsqueda de afecto fuera del hogar que genera apego a su pareja, el desconocimiento y prácticas

inadecuadas de sexualidad y, en algunos casos la repetición del patrón de la maternidad adolescente son factores que pueden estar desencadenando este fenómeno.

- Séptima:** Concerniente a las reacciones de los padres de las adolescentes, se pudo observar que, ante un hecho inesperado causó conmoción en los padres que en un inicio de crisis mostrarán enojo, decepción, críticas destructivas e incluso incentivarán al aborto; pero luego, pasado por un proceso de aceptación o asimilación el instinto paterno y maternal hace su trabajo; generando a lo posterior apoyo familiar, protección, cuidado, reguardo y promocionan el vínculo familiar entre los padres prematuros.
- Octava:** La reacción de la pareja sentimental/sexual de la madre adolescente, está clasificada en aspectos positivos y negativos; en los primeros, el apoyo, la protección y cuidado, respaldo, asumir la responsabilidad paterna serán determinantes para que la madre joven sienta mayor seguridad, estabilidad emocional, proyección de nuevas metas, conformación familiar en un hogar propio. Respecto a los aspectos negativos encontramos; indecisiones de la pareja para asumir la responsabilidad, violencia de género e irresponsabilidad paterna que escapa de la situación y deja a la joven sola con la responsabilidad, situaciones que desfavorecen la salud mental de la madre joven.
- Novena:** En cuanto a los aspectos sociales, las participantes exhortan y demandan apoyo, orientación, programas gubernamentales, programas socioeducativos, las que permitan conocer qué decisiones tomar desde su posición de madres, prepararlas en algún oficio u ocupación que les genere ingresos y así puedan solventar gastos ocasionados por su condición. Se ha observado que en algunos casos las adolescentes han experimentado discriminación y estigmatización al momento de atenderse en los establecimientos de salud lo cual generó en las adolescentes la desconfianza para asistir a sus controles de embarazo o la de su hijo (a) poniendo en riesgo la salud de ambos.

Décima: Respecto a los aspectos de educación sexual, en la totalidad de las participantes no cuentan con el conocimiento y prácticas adecuadas respecto a la sexualidad, en algunos casos, a pesar que contaban con escasos conocimientos de medidas preventivas no pusieron en práctica al momento del acto sexual generando así el embarazo. Del mismo modo, las adolescentes exhortan y demandan orientación sexual, charlas educativas dinámicas y programas sociales con la finalidad de prevenir el embarazo en las adolescentes y en el caso de ellas evitar la reincidencia.

SUGERENCIAS

- Primera:** A los investigadores interesados en el tema del fenómeno de la maternidad adolescente profundizar aún más, ya que el mundo subjetivo de este grupo poblacional es mucho más amplio de lo que se ha descrito en la presente investigación.
- Segunda:** A los establecimientos de salud e instituciones gubernamentales generar o implementar estrategias, programas sociales oportunos y adecuados para la prevención e intervención en la población adolescente con la finalidad de disminuir la ocurrencia de este fenómeno social.
- Tercera:** Se sugiere a las autoridades locales, provinciales, regionales y nacionales implementar programas socioeducativos que promuevan la capacitación en cuanto a oficios u ocupación a las madres adolescentes quienes necesitan de un ingreso económico para solventar los gastos ocasionados por su condición.
- Cuarta:** El sector educación debe contar con profesionales capacitados y debidamente habilitados, de modo que pueda instruir en base a una educación *formal* sin tabúes respecto a temas de sexualidad, del mismo modo todos los actores de la educación deben estar inmersos en esta tarea.
- Quinta:** Brindar una atención oportuna e inmediata a la madre adolescente mas no estigmatizarla, este hecho sólo genera malestar emocional y desconfianza social.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, A. (1996). *Psicología de la adolescencia*. México D.F. Editorial ALFAOMEGA GRUPO EDITOR.

Aguro, G. A. (2012). *Construcción subjetiva de madres adolescentes acerca de su maternidad y proyecto de vida, residentes en sectores vulnerables de la comuna de Cauquenes* (Tesis para acceder al grado de Magíster en Familia. Mención Mediación Familiar). Recuperado de <http://cybertesis.ubiobio.cl/tesis/2012/agurto_g/doc/agurto_g.pdf>

Alcocer, A (2012). *Estrategias de Afrontamiento en adolescentes de 12 a 15 años con embarazos no planificados, usuarias del Centro de Atención Integral del Adolescente del Área 17 del Cantón Durán*. [Tesis en línea]. Recuperado de <<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6004/1/TESIS%20DE%20GRADO%20Alexandra.pdf>>

Álvarez, L.J. y Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Reimp. Mayo 2009. México D.F. Editorial Paidós Mexicana, S. A.

Amaro, N., Rodríguez, M. I., y Velazquez, L. (2011). *Adolescente ante la construcción de su identidad en 3º grado de educación secundaria: un estudio de caso*. (Tesis para obtener el título de licenciada en pedagogía). Recuperado de <<http://200.23.113.51/pdf/27909.pdf>>

Arias, C. A. (2006). *Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas*. 8(1), 9 – 22. Recuperado de <<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/rhp Pedagógicos/article/view/590/549>>

Asociación Mexicana de Educación Sexual, A. C. (AMES), y la Asociación Mexicana Para la Salud Sexual, A. C. (AMSSAC), (2003). *¡Hablemos educación y salud sexual!*

Manual para profesionales de la educación. Información, herramientas y recursos.

Volumen 1. México D.F.

Barthey, S. H. (1982). *Principios de percepción*. México D. F : Trilla

Bermúdez, H., Gomez, K., Miranda, E. y Zúñiga, A. M. (2013). *Percepción de madres adolescentes entre 14-18 años de edad sobre su proyecto de vida del corregimiento de la boquilla en el año 2013* (Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Enfermera). Recuperado de <<http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/823/PERCEPCION%20DE%20MADRES%20ADOLESCENTES%20ENTRE%201418%20A%C3%91OS%20DE%20EDAD%20SOBRE%20SU%20PROYECTO%20DE%20VIDA%20EN%20EL%20CORREG.pdf?sequence=1>>

CALLE, E. E. (2015). *Percepción de los factores asociados a la reincidencia el embarazo en adolescentes en el instituto nacional materno perinatal* (Tesis para optar el grado académico de Magíster en Gestión en Atención Primaria de la Salud). Recuperado de <<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/575498>>

Comité Ejecutivo Nacional, Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (2013). *Prevención del embarazo adolescente seguimiento concertado “estado y sociedad civil”*. Lima – Perú.

Consejo de Educación e Información sobre la Sexualidad de los Estados Unidos, SIECUS (1995). *Guía para una educación sexual integral para la juventud hispana/latina*. Recuperado de <http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Guia_para_una_Ed._Sexual_Integral_para_la_Juventud_Hispanolatina_Grup.pdf>

Contreras, K., y Sotomayor, J. (2013). *Psicología*. Perú. Editorial: Lumbreras editores.

D'Angelo Hernández, O. (1986) "Proyecto de Vida y el Desarrollo Integral Humano".

Revista Internaacional Creceremos. 6(1), 1 – 21. Recuperado de
<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/07D050.pdf>

Denzin, N. (1989). *Estrategias de triangulación múltiple*. Ed. Aldine Publishing Company. Chicago.

Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual (1976), *Metodología y educación sexual*, Santo Domingo, Editor Inés, col.: Educación sexual, vol. VIII, p. 14.

Erikson, E. (2004). *Sociedad y Adolescencia*. Ed. Siglo XXI, México.

Fenández, J (s.f.) *Hispanoteca lengua y cultura, foro de consultas – archivo*. Recuperado de
<http://hispanoteca.eu/Foro-preguntas/ARCHIVO-Foro/Adolescente%20y%20adolecer.htm>

Fondo de las Naciones Unidas Para la Infancia, UNICEF (2011). *Estado mundial de la infancia 2011: La adolescencia una época de oportunidades*. Recuperado de
https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF__Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

García y Barragán, L., Correa, F., García, T., y Espinoza-Romo, A. (2017). *EL Embarazo adolescente desde una perspectiva contemporánea*. Interamerican Journal of Psychology, 51 (1), 111-121. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28452860011>

Gossart, M (2015). *No hay mejor lugar que el hogar para la educación sexual. Guía para padres de familia*. Planned Parenthood. Segunda Edición. [Libro en línea].
<Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?isbn=057815823X>>

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE,(2003). Alta tasa de embarazos entre las adolescentes mexicanas. Recuperado de <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3479/alta_tasa_embarazos_adolescentes_mejicanas.htm>

Hermoza, R. (2012). *Psicología del desarrollo*. Perú, Arequipa

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2014), *Metodología de la investigación* 6^a Ed. México. Editorial McGRAW HILL Educaction.

Hiriart, V., (1999). *Educación sexual en la escuela, guía para el orientador de púberes y adolescentes*. 1ra. Ed. Argentina, Buenos Aires

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI (2016). *Perú: fecundidad adolescente síntesis estadística*. Recuperado de <<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/fecundidad-adolescente.pdf>>

Iribarri, A. (2010). *¿Qué es un proyecto de vida?*. Recuperado de <http://moodle2.unid.edu.mx/dts_cursos_mdl/lic/AE/VC/AM/AF/proyecto_de_vida_nuevo.pdf>

Izcarra, S. P. (2009). *La praxis de la investigación cualitativa, guía para elaborar tesis*. 1ra. Ed. México. Editorial Plaza y Valdes.

Khun, T. (1969). La Estructura de Las Revoluciones Científicas. Brevarios. Fondo de Cultura Económica.

Krauskopf, D. (2007). *Adolescencia y educación*. 2da. Ed. Costa Rica. Editorial Universidad Estatal a Distancia San José.

Leal, J. (2010). *El sujeto investigador en la epistemología de la complejidad*. Ed. ULA. EEP – FAA. Mérida.

Martínez, P., y Waysel, K. (2009). *Depresión en adolescentes embarazadas*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 14 (2), 261-274. Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>>

Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. 2da Ed. México D.F.: Editorial Trillas S.A

Mendoza, W, y Subiría, G. (2013), *El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(3), 471-479. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342013000300017&lng=es&tlang=es>

Micucci, J. A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Como romper el ciclo del conflicto y el control*. Editorial. Amorrortu. Buenos Aires – Madrid.

Mincha, C. (s.f.). *Adiós al embarazo, bienvenida la maternidad*. [Notas de interés] Recuperado de <http://www.descubriendo.org/notas_emb.html>

Ministerio de Salud, MINSA (2013). *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, para el Periodo 2013 – 2021 en el Perú*. Recuperado de: <<http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Set2014/PEA/MINSA-Plan-Prevencion-Embarazo-Adolescente-2013-2021.pdf>>

Moreno, F. A. (2015). *La adolescencia*. España, Barcelona: Editorial UOC

Organización Mundial de la Salud, OMS (2018). *El embarazo en la adolescencia.* Recuperado de <<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>>

Organización Mundial de la Salud, OMS [blog] *Desarrollo en la adolescencia.* Recuperado de: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/>

Organización Panamericana de la Salud y Asociación Mexicana de Educación Sexual, OPS y AMES (2000) *¡Hablemos de salud sexual! Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas educativas y recursos.*

Organización Panamericana de la Salud y Asociación Mundial de Sexología. (2000) *Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la Acción, Actas de una Reunión de Consulta.* Recuperado de <http://www1.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf>

Palella, S. y Martins, F. (2006). *Metodología de la investigación cualitativa.* 2^a Ed. Venezuela, Caracas. Editorial Fedupel.

Papalia, D. E., Duskin, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano.* 12ma. Edición. México D.F. editorial: Mc Graw Hill Education.

Penalva, C., Alaminos, A., Francés, F. J. y Santacreu, O. A. (2015). *La investigación cualitativa técnicas de investigación y análisis con atlas.ti.* Ecuador. Editorial: PYDLOS ediciones.

Philip, F., (2001). *Adolescencia, desarrollo, relaciones y cultura.* España. Ed. Prentice-Hall

Portilla, A. (1997) *educación sexual para adolescentes.* 4ta. Ed. Perú, Arequipa.

Salvatierra, L.; Aracena, M.; Ramírez, P.; Reyes, L.; Yovane, C.; Orozco, A.; Lesmes, C.; y Krause, M. (2005). *Autoconcepto y proyecto de vida: Percepciones de*

adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud. Revista de Psicología, XIV (1), 141-152.
Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26414111>>

Sarlé, M. (2009). *Características del desarrollo en la adolescencia.* Universidad Autónoma de Barcelona, Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya. Recuperado de <http://www.paidopsiquiatria.cat/files/14_caracteristicas_desarrollo_adolescencia.pdf>

Silva, M., y Leiva, L. (2013). *Abordaje sanitario del embarazo y la maternidad en la adolescencia. perspectiva de los profesionales de la salud que trabajan en un centro de salud de la ciudad de montevideo.* Ciencias Psicológicas, VII (1), 33-45.
Recuperado de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459545414004>>

Solis, K. (2013). *Percepciones y proyectos de vida de madres adolescentes de sectores vulnerables: barrio San Pedro de la Costa, Concepción.* (Tesis para optar al grado académico de licenciado en trabajo social tesis para optar al título de asistente social). Recuperado de: <<http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/1138/ttraso%20401.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>

Straus, A. y Corbin, J. (1994). *Bases de la investigación cualitativa.* Medellín: Universidad de Antioquia.

Taylor y Bogdan. (1994). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación.* Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Toledo, V. (1998). *Adolescencia tiempo de decisiones: Manual para trabajos con padres.* Santiago: Publicaciones Técnicas Mediterráneo.

UNICEF (2007). *Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos.*

Vargas, L. (1994). *Sobre el concepto de percepción*. Alteridades, 4 (8), 47-53. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>>

Vargas, R. I. (2005). *Proyecto de vida y planteamiento estratégico personal*. Lima, Perú

Velázquez, S. (2002) *Programa institucional actividades de educación para una vida saludable: salud y prevención de las adicciones “proyecto de vida”*. Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/licenciatura/documentos/LECT105.pdf>

ANEXOS

Anexo N° 1: Ejemplar de categorización

Anexo N°2: Encuesta sociodemográfica

Anexo N°3: Guía de entrevista

Anexo N°4: Consentimiento informado

Anexo N° 1: EJEMPLAR CATEGORIZACIÓN

Entrevista 1: realizada a la adolescente madre, el 17 de agosto del 2018 en el consultorio de psicología del puesto de salud Alto Alianza.

Entrevistada: ROCA AA11

Entrevistador: Agustín Sánchez

Categorización	NL	Texto de la entrevista
* Percepción de proyecto de vida (1)	1 2 3 4 5	1. PERCEPCIÓN DE PROYECTO DE VIDA E: Antes de ser madre: ¿Cuáles eran tus planes de vida antes de ser madre? E: ¿Cuáles eran tus expectativas antes de ser mamá?
Aspiraciones académicas (6)	6 7 8 9	S: Bueno primero era terminar mi carrera, pero decidí entrar al cuartel hacer servicio militar ... porqueee o sea me entró la curiosidad de postular a la policía, después por ese mismo motivo entré al servicio militar...
Estudios en proceso (11)	10 11 12 13 14 15 16	S: >>estaba primero con cosmetología ... antes de ... entrar al servicio militar eeee estaba estudiando cosmetología, de ahí esteee me entró la curiosidad de lo que es la policía, el ejército entonces, por esa misma razón decidí dejar de estudiar para entrar al servicio militar>>
Búsqueda de estabilidad (17)	17 18 19 20 21 22 23	S: Ser policía yyy tener poner mi negocio, así como cosmetóloga >> S: Claro si ser policía y si es que por a o b no podía este iba postular a la UNAS (Universidad Nacional de San Agustín) ... iba postular a psicología... he visto casos en que personas mayores estudian>> <u>Me gustaría continuar una carrera>></u>
Proyecto de vida establecido (23)	24 25 26 27 28 29	E: Despues del embarazo o en condición de ser mamá ¿Cuál es tu proyecto de vida, ¿qué quieres llegar a ser en tu vida? ¿Cómo te ves en el futuro, qué te gustaría ser en el futuro?, ¿Qué piensas acerca de tu vida en futuro?, ¿cómo crees que será?
Deseos de continuar estudios (30 – 33)	30 31 32 33	S: Continuar con mis estudios, mis papás me van a ayudar en esa parte, me dijeron queeee una vez que nazca yaa que crezca un poco y poder continuar con mis estudios>>

Categorización	NL	Texto de la entrevista
Falta de orientación vocacional (36-39)	34 35 36 37 38 39 40	<p>S: Quisiera estudiar cosmetología, me gusta la cosmetología me encanta>></p> <p>S: <u>Me gustaría ayudar a las personas en el caso de psicología, quiero terminar cosmetología y estudiar psicología ... no creo que sea imposible todo se puede en esta vida, pero ya poco a poco >></u></p>
Apoyo familiar (41-45)	41 42 43 44 45	<p>S: Naa que o sea ... <u>que me iban a ayudar (.) me dijeron que mi mamá se iba a que ibaaa o sea cuando ya el bebé sea un poco más grande que lo iba a cuidar para que yo pueda estudiar ... y mi papá económico claro.</u></p>
* Pensamientos y emociones de la madre adolescente (46-47)	46 47	<p>2. PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LA MADRE ADOLESCENTE</p>
Inicialmente preocupación y temor (54-57)	48 49 50 51 52 53	<p>E: ¿Cómo te sientes, qué emociones experimentas al saber que eres mamá? ¿Qué piensas acerca de ti? ¿Cómo crees que será tu vida ahora en adelante? ¿Crees que tu condición será impedimento para alcanzar tus metas?</p> <p>Emociones y sentimientos</p>
Responsabilidad paterna (58-61)	54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66	<p>S: ...Al comienzo esteee sentí que (.) comooo preocupación, porque noo, mis padres no sabían y no sabía cómo decirles tenía miedo que reaccionen mal y que me botaran de la casa, esa parte me da miedo, pero tenía el apoyo de mi pareja desde el comienzo ehhh entonces de ahí ya me sentí un poco más tranquila, entonces hablamos con mi pareja, para hablar con mi mamá con mis papás, y mis papás lo tomaron de una buena manera no reaccionaron mal ... lo tomaron bien y nos dijeron que nos iban a apoyaaar cualquier cosita también, ya pue ahorita me sientooo feliz contenta esperando su llegada con ansias.</p>
Sentimientos encontrados (68-69)	67 68 69 70 71	<p>S: <u>A inicios andaba preocupada, triste no, era una alegría con preocupación</u> después ya me sentí más tranquila y feliz porque contaba con el apoyo de mi pareja y de mis papas... actualmente soy</p>

Categorización	NL	Texto de la entrevista
Modificación del estilo de vida (73-76)	72 72 73 74 75	<i>muy feliz esperando su llegada>></i> Pensamientos S: Yo pienso yo pienso que va ser normal no, pero ya tratando de evitar varias cosas ... como salir a divertirme, ya no va ser como antes lo hacía ahora ya pensando en mi hijo ya poniendo por delante a mi bebé>>
Planificación del tiempo (78-82)	76 77 78 79 80 81 82	<i>yá pensando en mi hijo ya poniendo por delante a mi bebé>></i> S: <u>Mi vida va cambiar porque anteriormente yoo, o sea yo salía a divertirme casi seguido como todos, pero ahora que tengo mi hijo pues voy a tratar de tener que evitar eso, esas fiestas, si voy a ir a algunas reuniones siempre con mi hijo>></u>
Optimismo (83-87)	83 84 85 86 87	S: ... no considero que mi hijo me va a impedir a conseguir mis objetivos, no creo que sea impedimento es más bien (.) creo que es una bendición que mi bebé esté bien o que va nacer bien ... para mi es una motivación>>
* Significado de ser madre adolescente (88-89)	88 89	3. SIGNIFICADO DE SER MADRE ADOLESCENTE
Responsabilidad (93-96)	90 91 92 93 94 95 96 97 98	E: Para ti ¿qué significa ser madre adolescente? ¿Qué significa ser mamá? S: ...Naa es una responsabilidad muy fuerte, ver que porque muchas veces hay madres no pueden con sus hijos por eso hay abandonos, entonces yo me siento con esa responsabilidad por eso también a veces este le pido a Dios que me de esa fuerza esa valentía para poder cuidar a mi hijo>>
Experiencia gratificante (99-103)	99 100 101 102	S: ... es una responsabilidad muy grande, pero también es una bonita experiencia, mi me encantan los niños, me encantan los bebés y siento que va ser una bonita experiencia algooo algo diferente en mi vida>>
Compromiso (103-106)	103 104 105 106	S: ...yo pienso que noooo, que no es edad no ahora para ser madre, pero esss es algo que yaaa o sea ya está hecho ya, entonces que es lo que queda asumir la responsabilidad>>

Categorización	NL	Texto de la entrevista
* Posibles motivaciones y/o causas de la maternidad adolescente (108-109)	107 108 109 110 111 112 113 114	4. POSIBLES MOTIVACIONES Y/O CAUSAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE E: ¿Qué crees que ocasiona ser madre en la adolescencia? ¿Quiénes están propensas a ser madres adolescentes? ¿Cómo es la dinámica familiar en tu casa? ¿hablas de tus problemas con tus padres? ¿Tu mamá fue madre adolescente? ¿Tus padres te bridan afecto? ¿Tus padres, dónde están la mayor parte del tiempo durante el día?
Soporte familiar inadecuado (116-121)	115 116 117 118 119 120 121 122	S: ...Bueno para algunas es unaaa, yo pienso desilusión porque a veces no cuentan con el apoyo de sus papás, yy no saben cómo reaccionar o sea no saben van a hacer y a veces toman las peores decisiones... la falta de apoyo y compresión de sus papás también en algunos casos>>
* Reacción de los padres ante la situación (125-126)	123 124 125 126 127	S: ...la relación con mis papás es buena... mi mamá no tuvo su bebé antes de los 20 años>> Mis papás siempre me han brindado cariño.
Inicialmente enojo (132-134)	128 129 130 131 132	5. REACCIÓN DE LOS PADRES ANTE LA SITUACIÓN E: ¿Cómo reaccionaron tus padres al saber que serás madre adolescente? ¿Qué te dijeron después de enterarse la noticia? ¿Tus padres te apoyaron o apoyarán en tus planes de vida?
Posteriormente apoyo (140-142)	133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143	S: <i>Al comienzo no reaccionaron como queee ay todos felices no, sí se molestaron por lo que era a mi edad que era muy joven, pero ya más antes había vivido un caso igual con mi cuñada, o sea su hija ya tiene ya su bebé, ya tiene 1 año y 2 meses, ya yyy de esa forma mis papás no reaccionaron mal yaaa, ya vamos a apoyarte yyy vamos a estar contigo como siempre, me dijeron</i> S: <i>Me dijeron que me iban a apoyar que siempre iban a estar conmigo y que cualquier cosita que necesite que le digan no ma... hablamos nos juntamos mi pareja, yo, mi mamá y mi papá y estábamos sentados y empezamos a hablar a</i>

Categorización	NL	Texto de la entrevista
* Reacción de la pareja sentimental/sexual (148-149)	144 145 146 147 148 149	decir y ahí mi papá me dijo cualquier apoyo que necesiten vamos a estar cerca de uds sólo dígannos. <i>Mis papás se han comprometido a apoyarme>></i> 6. REACCIÓN DE LA PAREJA SENTIMENTAL/SEXUAL
Protección y cuidado (154-158)	150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162	E: ¿Cómo reaccionó tu pareja al saber que serás madre? ¿Qué te dijo después de enterarse la noticia? ¿Te ha conversado sobre apoyarte en tus planes de vida? S: >><u>se puso muy feliz porque para él, por él eeee por el estee quería formar una familia ya tenía la mentalidad de formar una familia... me dijo que iba estar conmigo siempre que me iba a apoyar que lo íbamos a cuidar bien como papás>></u> S: >>me dijo queee después que nazca el bebé puedo ponerme a estudiar, me va apoyar, que no me iba a dejar sola que vamos a estar ahí los dos juntos>>
* Aspectos sociales (163)	163	7. ASPECTOS SOCIALES
Solicitan apoyo (167-171)	164 165 166 167 168 169 170 171	E: ¿Qué medidas crees que deben tomar las instituciones estatales respecto a las madres adolescentes? S: Yo pienso que, deben, yo creo que deben apoyarnos por parte, porque hay hogares donde los papás no apoyan a sus hijos cuando se enteran que están embarazadas y a veces los papás los botan para que hagan su vida y por esa parte las madres adolescentes, este, <u>llegan a un lugar y cometen errores como el aborto.</u>
Toma de decisiones inciertas (172-173, 178-179)	172 173 174 175 176 177 178 179	S: ... yo creo que deben poner este donde puedan acudir ahí para que puedan ser ayudadas por psicólogos, doctores... en algunos casos hay poco apoyo, en el centro de salud a veces te apoyan, pero por partes creo que no porque veo que <u>hay muchas jóvenes adolescentes que abortan</u>>>

Categorización	NL	Texto de la entrevista
* Aspectos de educación sexual (180)	180 181 182 183 184 185 186 187	8. ASPECTOS DE EDUCACIÓN SEXUAL E: ¿Qué métodos anticonceptivos conocías antes de ser mamá? ¿Crees que estás capacitada en temas de educación sexual? ¿Qué se debe hacer al respecto de educación sexual? S: >>sí conocía, pero también usaba los métodos anticonceptivos, conocía las píldoras, inyecciones, preservativo y el parche, yo usaba las píldoras.
Falta de orientación sexual (188-189)	188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204	S: >> yo creo que no estoy capacitada en educación sexual, no no mucho... S: >>yo creo que se deben hacer charlas esteee consejos no de los centros de salud para todas las adolescentes veo que esas actividades no se dan mucho... S: Hay algunas adolescentes que sí lo toman de una manera que hayan quedado embarazadas a una temprana edad y que nooo que ya les corta la vida diceen, les malogra la vida por esa misma razón existe el aborto, yo pienso y creo que no es ningún impedimento para seguir estudiando, más bien es un motivo una motivación no que tienes a tu hijo ya sabes por quién seguir ya pones a tu hijo de por medio no, por él doy todo, yo creo que, las madres deben ver eso, no deben ver lo malo sino lo bueno.

* Las categorías de **color morado** son las que se tenían y están vinculadas a los objetivos de investigación. Son apriorísticas.

* El resaltado y subrayado de **color azul** significa que existe otra parte del texto de la entrevista que forma parte de una misma categoría.

ANEXO N° 2: ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Fecha de entrevista: Seudónimo:.....

Edad: Procedencia:

1. Edad

- 11 -14 años
 14 – 17 años
 17 – 20 años

- Secundaria completa
 Secundaria incompleta
 Superior

2. Estado civil

- Soltera
 Casada
 Conviviente

- Alto
 Medio
 Bajo

3. ¿Planificaste tu embarazo?

- Sí
 No

7. Nivel económico
8. Inicio de las relaciones sexuales

- 11 – 14 años

4. Tipo de familia

- Integrada
 Desintegrada

- 14 – 17 años

- 17 – 20 años

5. Tipo de relación familiar

- Buena
 Regular
 Mala

9. Conocimiento de métodos anticonceptivos

- Sí
 No

6. Nivel educativo

- Primaria

ANEXO N°3: GUÍA DE ENTREVISTA

9. PERCEPCIÓN DE PROYECTO DE VIDA

- **Antes de ser madre**

¿Cuáles eran tus planes de vida antes de ser madre?

¿Cuáles eran tus expectativas antes de ser mamá?

- **Después del embarazo o en condición de ser mamá**

¿Cuál es tu proyecto de vida, qué quieres llegar a ser en tu vida?

¿Cómo te ves en el futuro, qué te gustaría ser en el futuro?

¿Qué piensas acerca de tu vida en futuro?, ¿cómo crees que será?

10. PENSAMIENTOS Y EMOCIONES DE LA MADRE ADOLESCENTE

¿Cómo te sientes, qué emociones experimentas al saber que eres mamá?

¿Qué piensas acerca de ti?

¿Cómo crees que será tu vida ahora en adelante?

¿Crees que tu condición será impedimento para alcanzar tus metas?

11. SIGNIFICADO DE SER MADRE ADOLESCENTE

¿Para ti, qué significa ser madre adolescente? ¿Qué significa ser mamá?

12. POSIBLES MOTIVACIONES Y/O CAUSAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

¿Qué crees que ocasiona ser madre en la adolescencia?

¿Quiénes están propensas a ser madres adolescentes?

¿Cómo es la dinámica familiar en tu casa?

¿Hablas de tus problemas con tus padres?

¿Tu mamá fue madre adolescente?

¿Tus padres te bridan afecto?

¿Tus padres, dónde están la mayor parte del tiempo durante el día?

13. REACCIÓN DE LOS PADRES ANTE LA SITUACIÓN

¿Cómo reaccionaron tus padres al saber que serás madre adolescente?

¿Qué te dijeron después de enterarse la noticia?

¿Tus padres te apoyaron o apoyarán en tus planes de vida?

14. REACCIÓN DE LA PAREJA SENTIMENTAL/SEXUAL

¿Cómo reaccionó tu pareja al saber que serás madre?

¿Qué te dijo después de enterarse la noticia?

¿Te ha conversado sobre apoyarte en tus planes de vida?

15. ASPECTOS SOCIALES

¿Qué medidas crees que deben tomar las instituciones estatales respecto a las madres adolescentes?

16. ASPECTOS DE EDUCACIÓN SEXUAL

¿Qué métodos anticonceptivos conocías antes de ser mamá?

¿Crees que estás capacitada en temas de educación sexual?

¿Qué se debe hacer al respecto de educación sexual?

ANEXO N°4: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola mi nombre es Agustín Sandro Sánchez Pumarayme, soy de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, en particular de la Escuela Profesional de Psicología. Estoy realizando una investigación titulada **“PERCEPCIÓN DE PROYECTO DE VIDA EN MADRES ADOLESCENTES DEL DISTRITO DE HUNTER”**.

El objetivo principal de esta investigación es; *analizar la percepción de proyecto de vida en madres adolescentes.*

Si Ud. accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una encuesta sociodemográfica y entrevista. Esto tomará un aproximado de 30 minutos de su tiempo. Se tomará la información de la entrevista en forma escrita o grabación en audio de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que Ud. haya expresado.

La participación de su persona en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Sus respuestas a la encuesta sociodemográfica y entrevista serán codificadas usando seudónimos y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones de audio se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta o entrevista parecen incómodas, tiene el derecho de hacérmelo saber a mi persona o no responderlas.

Anticipadamente agradezco su participación.

Por lo ante dicho, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **Agustín Sandro Sánchez Pumarayme**. He sido informada sobre las condiciones de la misma.

Fecha:

.....
Participante

.....
Agustín Sandro Sánchez
Pumarayme
investigador

ESTUDIO DE CASO

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Graciela P. P.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 27 de agosto de 1969.
Lugar de nacimiento	: Arequipa.
Procedencia	: Arequipa.
Edad	: 49 años.
Estado civil	: casada.
Grado de Instrucción	: superior Técnica.
Ocupación	: técnica en contabilidad.
Religión	: católica.
Informante	: la paciente.
Fecha de evaluación	: 05; 06; 11 de septiembre del 2018.
Lugar de evaluación	: consultorio particular.
Examinador	: Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente quien acude sola a consulta refiere; “debido a mi enfermedad, síndrome de Meniere, me siento estresada, triste, desganada, emocionalmente me siento mal, tengo miedo de salir a la calle, siento mareos o que tengo una piedra en mi cabeza que me pesa, sólo quiero dormir y al despertar ya quisiera estar bien, no me da hambre; emocionalmente me afecta bastante, a mi familia también ya que no puedo hablar con nadie me echo en mi cama y estoy encerrada en mi cuarto, siento que no les escucho; en el trabajo me genera inseguridad ya que tengo miedo que en cualquier momento me puede dar los síntomas”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

- **Tiempo:** Desde los 28 años edad, poco después que le dieron la noticia de que su mamá iba a morir; los médicos habiendo realizado los exámenes correspondientes fue diagnosticada con el Síndrome de Meniere.
- **Forma de inicio:** de manera brusca, los síntomas se han ido intensificando progresivamente con el pasar del tiempo, aunado y

simultáneamente con la fuerte impresión y situación estresante meses antes cuando le dieron la noticia respecto a su madre a quien le quedaba poco tiempo de vida, noticia que sólo fue falsa alarma por parte de los médicos.

- **Síntomas principales:** La paciente se muestra desganada, tono de voz apagada, poca satisfacción y ausencia de ganas de querer hacer actividades cotidianas, temor a salir a la calle, pérdida de apetito, poco deseo sexual, sensación de minusvalía, pensamientos rumiantes negativos, debilidad corporal y psíquica, dificultad para conciliar sueño; además su situación ha afectado la relación familiar y rendimiento en el trabajo.

- **Relato:**

Meses antes que la paciente experimente los síntomas de su enfermedad por primera vez (28 años), estaba afrontando una situación difícil, su madre estaba en un estado delicado de salud, los médicos le habían detectado un posible cáncer en el hígado ya que su coloración de piel y ojos se había tornado amarilla, el médico le dio pocas esperanzas de vida a su madre; afirmando que su madre padecía de cáncer. La noticia afectó considerablemente su estabilidad emocional, sintió tristeza, fue una experiencia fatal para ella; menciona “nos dijo que era algo malo que nos teníamos que preparar porque puede ser un cáncer, que le quedaba poco tiempo de vida; y eso fue fatal para mí, fue lo peor, me sentía mal, triste, quería morirme junto con ella, no pensaba en mi hijo mayor que todavía era pequeño, sólo me importaba mi mamá; la operaron a mi mamá y durante la operación el médico se dio cuenta que no era lo que pensaban”.

Su primera crisis la padeció a la edad de 28 años, una mañana común al despertarse, observó que todo giraba a su alrededor, ella desesperada fue hacia los servicios higiénicos y sin que su malestar se calme fue apresurada al cuarto de su madre, ya estando junto a ella le dio a conocer sobre su malestar y sin más poder controlar su equilibrio y estabilidad de su cuerpo cayó al piso; seguidamente sería trasladada de emergencia al hospital, ahí el médico le indicó que había sufrido un “desequilibrio”.

Ya estando en el hospital, tuvieron que sedarla durante casi todo el día con la finalidad de estabilizarla, medida que fue tomado porque la paciente no era capaz de controlar su estado emocional y los síntomas de su enfermedad, pasado las semanas se recupera y regresaba a la normalidad gracias al tratamiento que le indicó el médico. Su segunda experiencia negativa pasó después de cuatro años, presentando la misma sintomatología y las mismas conductas de parte de la paciente, nuevamente acudiría al hospital recibiendo las mismas indicaciones y tratamiento; se recupera y todo vuelve a la normalidad. Actualmente estos episodios originados a causa de su malestar se manifiesta cada año; con todos los análisis realizados los médicos llegaron a la conclusión diagnóstica síndrome de Meniere, los médicos le afirmaron que su enfermedad no tiene cura y que tendrá que aprender a vivir con ello. También a solicitud del otorrinolaringólogo fue examinado por el neurólogo para descartar lesión cerebral, los resultados de esta evaluación indicaron ausencia de lesión cerebral.

La familia se ha visto afectada por la situación de la paciente, sus hijos se sienten tristes al verla así, su esposo no le presta atención e interés intensificando aún más su desequilibrio emocional; el médico recomendó a la paciente no estar sometida a grandes cargas de estímulos estresores, así mismo consideró cambiar de trabajo o dejar de trabajar a lo que ella responde: "yo no puedo dejar de trabajar porque yo aporto al hogar".

Debido a su malestar y sintomatología se siente insegura, temerosa de salir con sus amistades, experimenta la sensación que en cualquier momento y lugar pueda sufrir un desequilibrio; sin embargo, se siente bien al estar en compañía de sus amigas en una tarde de conversación o de compras.

En su trabajo, el rendimiento ha disminuido sobre todo cada vez que la sintomatología de su diagnóstico médico aflora y permanecen durante un mes aproximadamente, aunque con menor intensidad. Considerando también que el ambiente laboral demanda situaciones estresantes, ocupa el puesto de secretaria.

Recibe tratamiento médico desde los 28 años de edad por un periodo de dos meses, una vez que se siente mejor lo suspende por iniciativa propia hasta que vuelva a presentarse su malestar, el tratamiento está basado en capsulas diuréticas que equilibran el flujo del líquido en el oído interno, evitando así el incremento de líquido en el mismo.

- **Antecedentes clínicos:** La paciente ha asistido anteriormente a consultas con otros profesionales psicólogos a causa de problemas con la pareja mas no por el problema actual.
 - ✓ Tiene un diagnóstico definitivo del Síndrome de Meniere.
 - ✓ Operación del riñón – monorrena derecha.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

Etapa Prenatal: La paciente fue fruto de un embarazo no planificado, sin embargo, fue una hija deseada por ambos padres, la madre de la paciente no tuvo intentos de aborto inducido ni espontaneo. Cabe mencionar que su madre no ha llevado un control médico durante la gestación, al momento de concebir su madre tenía 37 años de edad motivo por el que existía cierta preocupación, uno por la edad y otro por el número de hija siendo ella la sexta de siete hermanos. No hubo complicaciones durante su embarazo, el padre de la paciente siempre estuvo presente con el apoyo moral y económico.

Etapa Natal: parto natural sin complicaciones, presentó todos los signos vitales al momento de nacer.

Post Natal - Primera Infancia: En este periodo de su vida la paciente vivía con ambos padres, su madre se quedaba al cuidado de los hijos mientras su padre se dedicaba al sustento del hogar, no presentaba problemas en cuanto a la relación con ambos padres; sin embargo, guardaba mayor respeto y temor hacia la figura paterna, ya que él era una persona estricta y de pensamientos conservadores, pese a ello le mostraba mayor afecto y consideración. Su lactancia se prolongó alrededor de un año, llega a alimentarse sola alrededor de los 4 años.

Desarrollo Psicomotor: Su desarrollo psicomotor se llevó a cabo de manera normal, sin presentar dificultades, inició caminar al año y dos meses, al mismo

tiempo inicia con sus primeras palabras, dando así el inicio al habla, el control de esfínteres lo hizo alrededor de los 2 años y medio.

Síntomas Neuropáticos: En su infancia no presentó problemas.

Etapa Preescolar y escolar: Graciela inicia su etapa escolar a la edad de cinco años el nivel inicial, no habiendo problemas para su adaptación en este nuevo ambiente, desde pequeña siempre predominó su lateralidad derecha, no presentaba problemas de socialización.

A los siete años ingresa a una nueva etapa escolar el nivel primario, del mismo modo no presentó problemas en su adaptación su rendimiento académico era regular, asistía con normalidad; la relación de amistad la mantenía mayormente con niñas, pero no era reacia a la amistad de su sexo opuesto, le gustaba jugar con las muñecas.

Ya a la edad de 13 años inicia una nueva etapa de oportunidades, en nivel secundario colegio de mujeres, no tuvo problemas en cuanto a su rendimiento académico por temor a las llamadas de atención por parte de su padre, no mantenía mucho contacto con amistades del sexo opuesto debido a que la formación en su hogar era conservadora, su padre no le permitía tener amistades de su sexo opuesto. Los cursos que más le agradaba era: historia, matemática, química; y por el contrario los cursos que poco le agradaba era el inglés, comunicación y geografía; sin embargo, no tuvo problemas en dichos cursos. Llevó una escolaridad sin mayores dificultades y conductas que se alejaran de la norma considerablemente.

Cursó estudios superiores en un instituto en la especialidad de técnica en contabilidad, en esa etapa experimentó cierto nerviosismo respecto a la interrelación con sus compañeros (varones), ya que durante su niñez y adolescencia no había compartido amistades de su sexo opuesto de manera permanente; situación que superaría posteriormente sin mayores dificultades. La subvención de sus estudios corrió por su cuenta, debido a los antecedentes de sus hermanas mayores sus padres no la apoyaron, además que su padre mantenía el pensamiento que una mujer sólo debe estar al cuidado del hogar.

Desarrollo y Función Sexual

✓ Aspectos fisiológicos

Percibe la diferencia de sexo alrededor de los cinco años, la menarquia lo tuvo alrededor de los quince años con un periodo regular de veintiocho días, niega haber practicado la masturbación, a la edad de 17 años tuvo su primera relación amorosa no hubo iniciación sexual, tiempo después conoce a Wilber, su pareja y esposo actual, con él se iniciaría sexualmente, son dos los hijos frutos de la relación; siempre tuvo interés sentimental por su sexo opuesto.

✓ Aspecto psicosexual y vida marital

Graciela, debido a la formación de valores conservadores de parte de su familia principalmente de su padre no mantuvo relaciones amorosas durante su adolescencia; a los 17 años tuvo su primer enamorado, tiempo después su segunda y última relación sentimental con el que se iniciaría sexualmente, quedando embarazada a la edad de 22 años situación que la obliga a contraer matrimonio hasta el día de hoy; el matrimonio fue debido al embarazo ya que los padres de la paciente eran conservadores. En el 2017 su esposo le fue infiel cayendo en un estado emocional depresivo lo que motivó a la paciente a buscar ayuda profesional de un psicólogo, habiendo superado; sin embargo, los recuerdos de esa infidelidad aún permanecen; durante cierto tiempo estuvieron separados de cuerpo, mantenían discusiones constantes. Su esposo tratando de justificarse, la empieza a celar sin motivo aparente, y ya no encontrando más excusas los celos no tendrían fundamento. En la actualidad la relación marital está más calmada, pero cada vez que le dan sus desequilibrios ocasionados por su enfermedad él no le muestra interés ni atención.

Su padre nunca hablaba temas relacionados a la sexualidad ya que en aquellos tiempos era prohibido hablar de esos asuntos.

✓ Historia de la recreación

Graciela desde temprana edad le gustaba jugar con sus amigas, las muñecas eran su mejor distracción, la relación de juego mayormente eran realizadas en compañía de una niña, en ocasiones se escapaba de su casa para salir a jugar a la casa de su amiga, y en oportunidades lograban salir al parque, pero después recibía el castigo de su padre quien la encontraba

en la calle, siente que lo odiaba cada vez que la castigaba y limitaba su vida social.

Durante la adolescencia no solía salir mucho debido al control de sus padres. En la actualidad le gusta compartir con sus amistades, su familia, salir al cine, de compras y considera que uno de sus pasatiempos es limpiar la casa.

✓ **Actividad laboral**

Inició su trabajo como secretaria en FREDICOM poco tiempo después de iniciar sus estudios superiores, una organización dedicada al rubro de urbanización; el puesto que ocupa demanda tolerancia, paciencia, soportar cargas estresantes considerables; pudiendo éste influenciar en la manifestación o agudización de la sintomatología de su malestar. Gusta ser independiente, ganar su dinero y no depender mucho de su esposo.

✓ **Hábitos o influencias negativas o tóxicas**

No refiere haber tenido alguna conducta nociva o adicción a alguna sustancia tóxica. Mantiene aseo y cuidado personal adecuado, le gusta vestir “bien” utilizando prendas que vayan fiel a su estilo; generalmente de sueño regular sin dificultades para ello, pero que actualmente y cada vez que atraviesa la “crisis”, no ha podido conciliar sueño, aunque así ella lo quiera. Mantiene un apetito adecuado siempre y cuando no se encuentre saludable; sin embargo, debido a su malestar su apetito se ha visto disminuido.

✓ **Religión**

Profesa la religión católica, devota del niño Jesús, no practicante.

✓ **Enfermedades y accidentes**

✓ A la edad de 5 aproximadamente se golpeó la cabeza, refiere haberse caído de un columpio sobre una superficie de cemento, no tuvo pérdida de conocimiento, los dolores de cabeza aparecieron en la etapa de la adolescencia y se intensificaron a los 28 años cuando le dio su primera crisis. El neurólogo recientemente descartó lesión cerebral.

✓ Síndrome de Meniere

- ✓ Operación de riñon; monorrena derecha

Considera que ya no es una persona normal, sin poder realizar actividades con normalidad a veces siente que da pena.

✓ **Personalidad**

Durante su infancia y niñez era una niña sin problemas de adaptación, le gustaba jugar, la relación de amistad normalmente era con las de su mismo sexo (hermanas y vecina); debido a que su padre era estricto no le permitía tener muchas amistades.

En la adolescencia su círculo social también ha sido reducida, así como en la infancia y niñez sólo mantenía relación de amistad con mujeres, además de haber estudiado en colegio de damas; a la edad de 17 años ya estando cursando estudios superiores en la que había varones y mujeres, experimentó nerviosismo y temor para entablar relaciones interpersonales con los de su sexo opuesto, habiendo superado después de corto tiempo.

En la actualidad, Graciela se caracteriza por ser una persona de carácter fuerte y dominante, con poca tolerancia a la frustración, refiere que no le gusta perder; es una persona sociable a pesar de su poco contacto social en su niñez y adolescencia, caritativa, alegre y perseverante, una persona práctica para la solución de problemas. Sin embargo, debido a las circunstancias de su enfermedad, se ha vuelto más insegura, temerosa, fácil de alterarse y perder el control, decaída al momento de hacer sus actividades cotidianas y desarrollando rasgos ansiosos – depresivos.

V. ANTECEDENTES FAMILIARES

Composición Familiar: Graciela es la sexta de siete hermanos

Filiación	Edad	Grado de instrucción	Ocupación	observación
Esposo	45 años	Sup. Técnico	Técnico mecánico	
Hijo mayor	26	Universitaria	Ing. mecánico	
Hijo menor	13	Secundaria actualmente	Estudiante	
Madre	82	Sin estudios	Su casa	
Padre	79	Primaria	Comerciante	falleció

Hermano mayor	62	Superior técnica	Su casa	
Hermano menor	45	Superior técnica	Mantenimiento de maquinarias	

Dinámica Familiar

Durante su niñez y adolescencia vivió en una familia integrada, la relación con sus padres fue respeto acompañado de temor sobre todo hacia la figura paterna; sin embargo, ambos le han brindado afecto y cuidado. En ocasiones cuando su padre la castigaba sentía cierto odio hacia él, aun así, mantenía mayor afecto por su padre, no quitando valoración a su madre que aún sigue con vida, la relación con sus hermanos era y es saludable; no mantenía mucha relación con primos ni tíos. La relación con su esposo en ocasiones se vuelve difícil, debido a los celos y recuerdos de la infidelidad, pese a estar delicada de salud él no le muestra consideración ni interés, conducta que a ella le afecta emocionalmente. Existe buen vínculo entre la paciente y sus dos hijos.

Cabe resaltar que cuando tuvo a su primer hijo, la madre por motivos de trabajo lo dejaba al cuidado de la abuela, esto sucedía gran parte del tiempo, debido a ello en ocasiones la paciente siente culpa y trata de recomponer su ausencia brindándole todo lo necesario en lo material; prueba de esta situación es la muestra de afecto que tiene hasta la actualidad del hijo mayor hacia su abuela materna.

Condición Socioeconómica

De condición socioeconómica de nivel medio, vive en un hogar con todos los servicios; tanto como su esposo y ella aportan económicamente para el soporte familiar.

Antecedentes Personales Patológicos

No se conoce alguna enfermedad hereditaria de la familia.

VI. RESUMEN

Graciela paciente de 49 años de edad, fruto de un embarazo no planificado pero deseada; durante la gestación y parto su madre no presentó complicaciones mostrando todos los signos vitales, el parto fue llevado a cabo por una partera en casa. Durante su infancia, niñez y adolescencia vivió con todos los miembros

de su familia manteniendo un clima familiar adecuado caracterizado por el respeto hacia sus padres sobre todo a su padre a quien le tenía miedo; sin embargo, era a quien le guardaba mayor afecto.

Durante su edad escolar no tuvo problemas para su adaptación al nuevo entorno, así mismo no presentó problemas en cuanto a su rendimiento académico; respecto a su socialización, ésta se llevaba a cabo en su mayoría con miembros de su mismo sexo debido al control y recelo de su padre. A la edad de cinco años sufrió un golpe considerable en la cabeza lado parietal izquierdo sobre una superficie de cemento, generando a posterior, adolescencia, dolores de cabeza.

A la edad de 17 años tuvo su primer enamorado, tiempo después la segunda y última relación sentimental con quien se iniciaría sexualmente y casaría debido a su embarazo a los 22 años. Trabajó y estudió a la vez por su propia cuenta, no tuvo el apoyo económico de parte de sus padres en esta etapa de estudios superiores.

A los 28 años aproximadamente meses después de haber experimentado una situación muy estresante que afectó su estado emocional tuvo su primera crisis en la que se manifestó su actual diagnóstico médico, síndrome de Meniere, el causante de todos sus males psicológicos, como desesperación, ánimos decaídos, falta de apetito, inseguridad, dificultades en el sueño, entre otros; estos síntomas actualmente los experimenta anualmente generándole dificultades en distintos aspectos de su vida. Según los exámenes de neurología se descartó lesión cerebral.

Arequipa 20 de septiembre del 2018

.....
Sánchez Pumarayme, Agustín
Sandro
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Graciela P. P.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 27 de agosto de 1969.
Lugar de nacimiento	: Arequipa.
Procedencia	: Arequipa.
Edad	: 49 años.
Estado civil	: casada.
Grado de Instrucción	: superior Técnica.
Ocupación	: técnica en contabilidad.
Religión	: católica.
Informante	: la paciente.
Fecha de evaluación	: 05; 06; 11 de septiembre del 2018.
Lugar de evaluación	: consultorio privado.
Examinador	: Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro.

I. ACTITUD PORTE Y COMPORTAMIENTO

La paciente aparesta la edad referida, de alineo e higiene personal adecuado, tez trigueña, contextura delgada y estatura acorde a su peso aproximado, de cabello corto, ondulado y oscuro, ojos negros (utiliza corrector visual), rostro ovalado. Al momento de la entrevista muestra expresiones de tristeza, ánimo decaído, preocupación, con tono de voz tenue; responde a las preguntas y estímulos planteados, muestra deseos de mejorar su situación.

II. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN.

Conciencia; la evaluada al momento de la entrevista es consciente del mundo real que lo rodea.

Atención; en el transcurso de la misma se mostró atenta no distayéndose con otros estímulos, predomina la atención voluntaria, logrando enfocar su atención a la tarea que se pide que realice, en ocasiones presenta cierto cansancio debido a su situación actual.

Orientación; la paciente se orienta en persona y tiempo, indica la fecha, un aproximado de hora de la entrevista; sin embargo, debido a su diagnóstico médico, se encuentra alterada la orientación respecto al espacio de manera

leve; al momento de ingresar a consulta refiere necesitar ayuda para caminar en línea recta, corroboramos la información al darle una tarea simple de caminar sobre una línea recta por un aproximado de 8 metros en la que mostró cierto desequilibrio en el desplazamiento.

III. LENGUAJE:

El habla utilizado por la paciente es comprensible y adecuado; pero con un tono de voz tenue indicando la falta de ánimo o viveza emocional, mantiene una velocidad adecuada, existe coherencia en las expresiones emitidas. Entiende correctamente las instrucciones así como también las preguntas a lo largo de la evaluación; Su lenguaje expresivo está exento de barbarismos, groserías y neologismos.

IV. PENSAMIENTO:

El curso de su pensamiento es lógico mantiene una secuencia coherente respecto a las ideas expresadas en cuanto a sus sentimientos, emociones, forma de pensar, narraciones acerca de los acontecimientos de vida pasada; sin embargo, muestra cierto cansancio al expresarlas, además de referir que siente que su estructura biológica pensante se muestra poco activa, “siento que tengo una piedra en mi cabeza”, expresión que hace referencia a su desequilibrio emocional y al estrés que atraviesa al momento de la entrevista, existen pensamientos de minusvalía, no servir para algún fin; pero en general las ideas expresadas tienen un orden lógico y comprensible.

V. PERCEPCIÓN:

No presenta alteraciones a nivel de la percepción; posee una adecuada percepción de sí misma y de su ambiente que lo rodea, interpreta acorde con la realidad y a los estímulos planteados; se descarta síntomas de alucinaciones perceptuales.

VI. MEMORIA

Los recuerdos acerca de su experiencias y vivencias de su pasado se encuentran intactos, así mismo al indicarle que repita o vuelva a explicar lo que ya había comentado minutos antes, lo hace sin dificultad; indicándonos que su memoria a largo, mediano, corto plazo y además de otros tipos de recuerdos se encuentran sin alterarse.

VII. INTELIGENCIA

La paciente es capaz de responder preguntas de actualidad de manera adecuada, así mismo da respuestas a operaciones simples de aritmética, da soluciones y opiniones a ciertas situaciones problemáticas; indicando que su nivel intelectual se encuentra conservado teniendo la capacidad de solucionar dificultades en lo personal u otros aspectos de su vida.

VIII. ESTADOS DE ÁNIMO Y AFECTOS

Expresa sentimientos de tristeza, ánimo decaído, pocas ganas de hacer las actividades cotidianas, poco apetito, dificultades para conciliar sueño, pensamientos de minusvalía, puede alterarse y perder la compostura con facilidad, es decir tornarse muy desesperada y nerviosa; síntomas que han afectado su esfera personal, familiar social y laboral.

IX. COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD E INCAPACIDAD DE LA ENFERMEDAD

La paciente es consciente que su situación afecta su esfera personal, familiar, social y laboral; tristeza en los miembros de la familia, disminución en el rendimiento laboral, inseguridad para salir a un compromiso de amistades. Es por ello que está dispuesta a mejorar su situación emocional y aprender estrategias para manejar la situación.

X. RESUMEN:

La paciente al momento de la evaluación muestra un alineo y cuidado personal adecuado, aparenta la edad referida, de estatura mediana y contextura adecuada para su estructura corporal. Muestra ánimo decaído, tono de voz tenue, responde a los estímulos y preguntas planteadas. Consciente de la realidad, mantiene una atención adecuada aunque con ciertas dificultades, cansancio; se orienta en persona y tiempo, leve alteración en cuanto a la orientación espacial, dificultad leve para mantener el equilibrio, de lenguaje comprensible y coherente, de pensamiento lógico y secuencial, no presenta alteraciones en cuanto a la percepción, leve disminución del sentido de la audición; su memoria remota e inmediata se encuentra conservada; así mismo posee la capacidad intelectual para solucionar problemas en distintos aspectos

de su vida, muestra un estado de ánimo deficiente, es consciente del problema de salud mental que está travesando prueba de ello están los deseos de mejorar su situación emocional y aprender estrategias de manejo frente a su problema.

Arequipa 20 de septiembre del 2018

.....
Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro
Bachiller en psicología

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Graciela P. P.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 27 de agosto de 1969.
Lugar de nacimiento	: Arequipa.
Procedencia	: Arequipa.
Edad	: 49 años.
Estado civil	: casada.
Grado de Instrucción	: superior Técnica.
Ocupación	: técnica en contabilidad.
Religión	: católica.
Informante	: la paciente.
Fecha de evaluación	: 05; 06; 11 de septiembre del 2018.
Lugar de evaluación	: consultorio privado.
Examinador	: Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro.

II. OBSERVACIONES GENERALES

Previa a la evaluación se estableció un adecuado rapport, así mismo se le informó el motivo de la misma; la evaluada se mostró en confianza y colaboradora durante la evaluación, presentando atención a las indicaciones, pudiendo comprenderlas sin dificultad, no mostrando ninguna negativa para realizar la evaluación, mantuvo una actitud de buena disposición frente a las tareas asignadas.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- ✓ Test de Inteligencia General TIG - 1
- ✓ Escala de Ansiedad de Zung
- ✓ Escala de Depresión de Zung
- ✓ Test de la Figura Humana de Karen Machover
- ✓ Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), Mini Mult

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

✓ Test de Inteligencia General TIG – 1

Resultados cuantitativos

Puntuación obtenida en la prueba = 09

Resultados cualitativos

Graciela de 49 años de edad obtuvo una puntuación bruta de 09 aciertos ubicándola a nivel intelectual en una categoría **normal promedio**, es decir, la paciente posee las capacidades necesarias para poder analizar, evaluar, afrontar y solucionar problemas que pueda enfrentar en su vida cotidiana.

✓ Escala de Ansiedad de Zung

Resultados cuantitativos

- Sumatoria total = 45
- Índice EAA (impresión global de equivalencia clínica) = 56

Resultados cualitativos

De acuerdo a la puntuación obtenida en la evaluación respecto a los síntomas de ansiedad la ubica dentro de la categoría **Ansiedad Leve Moderada**, caracterizada por temores constantes respecto a su bienestar, dolores físicos de cabeza, cuello u otras partes del cuerpo, debilidad y cansancio, intranquilidad, problemas de respiración y sueño.

✓ Escala de Depresión de Zung

Resultados cuantitativos

- Sumatoria total = 50
- Índice EAD = 63 (índice de valoración de depresión)

Resultados cualitativos

De acuerdo a la puntuación obtenida en la escala de depresión la evaluada es ubicada dentro de la categoría **Depresión Moderada Intensa**, caracterizada por sentimientos de tristeza, ánimo decaído,

ganas de llorar, problemas en el sueño, pérdida del apetito sexual, pensamientos negativos y rumiantes, dificultad para realizar actividades cotidianas, irritabilidad y sentimientos de inutilidad.

✓ **Test de la Figura Humana de Karen Machover**

Los resultados obtenidos indican que Graciela; muestra deseos de enfrentar el mundo y las exigencias que demanda el mismo (dibujo de frente), interés de adaptarse al ambiente y posee toma de decisiones positivas, se identifica con su propio sexo.

Experimenta sentimientos de ansiedad, temor, baja energía, disminución de interés, debilidad de voluntad (ausencia de cejas), además de incertidumbre respecto a su entorno (trazo débil), inseguridad, sugiere necesidad de apoyo para reducir la ansiedad o conflictos. Líbido débil y frustración en el terreno amoroso; se observa inmadurez emocional e infantilidad, tendencias histéricas (omisión de pupila al inicio del dibujo), lo antes escrito le ocasiona desequilibrio emocional con presencia de preocupaciones, ansiedad y depresión (trazo débil).

Siente culpabilidad tal vez debido a la incapacidad para adaptarse a situaciones inesperadas (enfermedad) ocasionando facilidad de frustración (manos imprecisas); muestra actitud hostil, sentimientos de rechazo, falta de confianza en el contacto social (brazos doblados y asimétricos), y represión agresiva (manos en forma de manoplas); las relaciones interpersonales con personajes cercanos a su entorno se caracterizan por hostilidad por lo que evade a su entorno (omisión de pupilas); muestra conflicto respecto a su sentido de la audición (omisión de los oídos).

✓ **Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), Mini Mult**

Resultados cuantitativos

	L	F	K	Hs+5 k	D	Hi	Dp +4k	Pa	Pt +1k	Sc +1k	Ma +2k
Puntuación directa	0	5	3	10	14	16	14	9	15	16	10
Puntuación equivalente	2	14	8	22	39	35	33	21	37	46	25
Añadir K				4			3		8	8	2
Puntaje directo corregido	2	14	8	26	39	35	36	21	45	54	27
Puntaje T	50	76	42	76	88	79	90	88	83	98	75

Resultados cualitativos

Escala L (50): la evaluación es válida, ya que se obtuvo una puntuación directa de 2, PT. 50, que pertenece a un nivel bajo de mentira; indicando que, la evaluada expresa de manera sincera sus pensamientos y sentimientos es conforme a su imagen de sí mostrando pocas creencias inusuales.

Escala F (76): posee una validez cuestionable, sin embargo, se sugiere que la paciente expresa un pedido de ayuda debido a su malestar psicológico, sugerencia de problemas psiquiátricos, fuerte tensión interna y una posible exageración de su problemática.

Escala K (42): válido, experimenta sensación de incapacidad de enfrentar y resolver sus problemas, vivencia de una situación sumamente conflictiva.

Combinación de las escalas LFK (\pm ; +; -): tendencia a experimentar fuerte tensión interna ante un gran número de conflictos (+F), el enfrentamiento a estos con sensación de impotencia por la incapacidad para encontrar soluciones válidas y eficaces (-K), y cierta reducción de la capacidad de autocrítica.

Escala Hs. (76): sensación de preocupación por su salud física, "cierto grado de exageración); busca la atención y tolerancia por parte de las

personas que la rodean, su molestia física funciona como mecanismo de autolimitación, justificación y búsqueda de tolerancia.

Escala D (88): sentimientos de inseguridad intensa, pesimismo hacia las propias actividades, capacidades y metas configurando una actitud derrotista frente a situaciones críticas, presencia de sentimientos de culpa, reducción de energía, falta de motivación y perdida general de interés.

Escala Hi. (79): búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia por parte de las personas que la rodean, la demanda es intensa apareciendo conductas infantiles exagerando la petición de afecto, cierto grado de manipulación incrementando la importancia de los síntomas; fuerte dependencia hacia las personas por las que se siente aceptada, poca tolerancia a la frustración y rechazo.

Escala Dp. (90): fuerte autocriticismo y juzgamiento severo, exigencia de soluciones rápidas y prácticas a su problema, un tanto rebelde e inconformista.

Escala Pa. (88): actitudes de desconfianza, cautela excesiva, descargas de agresividad que pueden considerarse como forma de defensa anticipada ante posibles situaciones de ataque que el sujeto percibe como amenazantes para su seguridad, experimenta sensaciones de estar limitada por el medio ambiente (proyección), considera como causa de sus situaciones conflictivas y problemas a los demás.

Escala Pt. (83): experimenta angustia debido a la situación que experimenta, reducción a la tolerancia hacia las propias fallas o de otros; metidulosa, tendencia al perfeccionismo y a reaccionar de manera inadecuada frente a ciertos estímulos. Experimenta sentimientos de inconformidad con sus características, sus relaciones interpersonales suelen ser problemáticas debido a su exigencia y falta de tolerancia, rechaza y también es rechazada o poco tolerada por lo que experimenta sentimientos de soledad.

Escala Sc. (98): tendencia importante hacia el aislamiento y fantasía, problemas para establecer relaciones interpersonales, utilizando la fuga

a la fantasía como mecanismo de huida, confusiones ocasionales entre la fantasía y la realidad.

Escala Ma. (75): persona dinámica, emprendedora, ambiciosa y con gran energía para tratar de realizar muchas actividades, cambios frecuentes en sus actividades, en ocasiones sin concluir debido a que es atraída por iniciar algo nuevo; falta de organización de la energía.

Combinaciones de las escalas clínicas

Sc. (98) – Dp. (90): tendencia importante hacia la fantasía, puede haber confusión entre la fantasía y la realidad; sentimientos de resentimiento con fuertes tendencias hacia el aislamiento y las relaciones interpersonales, la estructura de la personalidad se ve amenazada pudiendo llegar a la realización de conductas fuera de la norma; poco control de impulsos, reducida capacidad de *insight*, exigencia de soluciones rápidas y prácticas a sus problemas.

V. RESUMEN

El nivel intelectual de la paciente se encuentra dentro una **categoría normal promedio**, es decir, que posee las capacidades para evaluar, analizar, afrontar y sobreponerse a los problemas que la vida le presenta.

Presenta síntomas de ansiosos dentro de la categoría **leve moderada**; así mismo, los niveles de depresión se encuentran dentro de una categoría **moderada intensa**.

Su personalidad se caracteriza por los siguientes rasgos; tendencia a la fantasía, sentimientos de resentimiento, tendencia al aislamiento y a evitar relaciones interpersonales, poco control de impulsos, capacidad de *insight* reducida, exigencia de soluciones rápidas a sus problemas; cierto nivel de inseguridad y baja tolerancia a la frustración. Como aspectos positivos, persona dinámica, emprendedora, con energía para realizar muchas actividades.

Arequipa 20 de septiembre del 2018

.....
Sánchez Pumarayme, Agustín
Sandro
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Graciela P. P.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 27 de agosto de 1969.
Lugar de nacimiento	: Arequipa.
Procedencia	: Arequipa.
Edad	: 49 años.
Estado civil	: casada.
Grado de Instrucción	: superior Técnica.
Ocupación	: técnica en contabilidad.
Religión	: católica.
Informante	: la paciente.
Fecha de evaluación	: 05; 06; 11 de septiembre del 2018.
Lugar de evaluación	: consultorio privado.
Examinador	: Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente al momento de la entrevista refiere; “debido a mi enfermedad, síndrome de Meniere, me siento estresada, triste, desganada, sin ganas de hacer nada, emocionalmente me siento mal, tengo miedo de salir a la calle, siento mareos o como si tuviera una piedra en mi cabeza que me pesa, sólo quiero dormir y al despertar ya quisiera estar bien, no me da hambre; emocionalmente me afecta bastante, a mi familia también ya que no puedo hablar con nadie me echo en mi cama y estoy encerrada en mi cuarto, siento que no les escucho; en el trabajo me genera inseguridad ya que tengo miedo que en cualquier momento me puede dar los síntomas”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Técnicas psicológicas

- ✓ Observación
- ✓ Entrevista

Instrumentos

- ✓ Test de Inteligencia General TIG - 1
- ✓ Escala de Ansiedad de Zung
- ✓ Escala de Depresión de Zung

- ✓ Test de la Figura Humana de Karen Machover
- ✓ Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), Mini Mult

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente nace dentro de una familia funcional, fruto de un embarazo no planificado pero deseado, la madre tenía 37 años cuando estaba gestando; sin embargo, no hubo complicaciones. El embarazo tuvo una duración de nueve meses, el parto fue natural sin complicaciones, mostrando todos los signos vitales al momento de nacer. Durante su infancia, su desarrollo se llevó a cabo de manera normal, no presentó alteraciones a nivel del desarrollo físico, psicomotor y del lenguaje.

La etapa escolar la inicia a la edad de los cinco años nivel inicial, primaria y secundaria posteriormente; en las mismas no hubo problemas de adaptación, así mismo su rendimiento académico se caracterizó por ser en término promedio. No tuvo problemas relacionados a la sexualidad. Respecto a sus relaciones amicales, este se veía reducida debido a que sus padres eran restrictivos (sobre todo el padre), al cursar estudios superiores tuvo dificultades en la interrelación con amistades del sexo opuesto mostraba nerviosismo, situación que superaría poco tiempo después. A la edad de cinco años sufrió un golpe considerable en la cabeza, lado parietal izquierdo, sobre una superficie de concreto, que se manifestará con dolores de cabeza desde la adolescencia y se intensificarán a partir de los 28 años de edad.

Su primera relación sentimental la tuvo a la edad de 17 años de corta duración, posteriormente conoció a su actual pareja y esposo con el que se inició sexualmente quedando embarazada a los 22 años motivo por el que tuvo que contraer matrimonio, en el 2017 su esposo le fue infiel por lo que se deprimió, decide buscar ayuda profesional, pero no siguió psicoterapia. Actualmente la relación marital se encuentra más calmada pero siempre recuerda aquel suceso de infidelidad, cada vez que los síntomas de su enfermedad, síndrome de Meniere, aparecen él no le muestra consideración ni apoyo lo que intensifica la expresión de los síntomas.

Aproximadamente a los 28 años de edad iniciaron sus primeros síntomas médicos de su enfermedad, una mañana al despertar sintió que todo giraba a su alrededor por el que perdió control del equilibrio y orientación de su cuerpo cayendo al piso, posteriormente la llevarían de emergencia al hospital donde la

internaron y sedaron durante todo el día. Tiempo después fue sometida a diferentes evaluaciones, entre ellas el neurólogo descartó lesión cerebral, llegando a la conclusión diagnóstica, síndrome de Meniere, caracterizada por vértigo, mareos, zumbidos y tensión en el oído interno, pérdida del equilibrio y orientación espacial; además tuvo una operación del riñón, monorrena derecha; actualmente los síntomas se activan anualmente y permanecen durante dos semanas a más aproximadamente, (su segunda crisis fue después de cuatro años); es importante mencionar que durante este tiempo la paciente se muestra decaída emocionalmente, triste, pierde el apetito y sueño, afectándola en el área personal, laboral, familiar y social; así mismo, tiende a desesperarse, su nerviosismo se apodera de ella y siente mucha angustia; cabe mencionar que poco tiempo antes de su primera crisis recibió una noticia muy delicada respecto a su madre, los médicos le informaron que su madre tenía poco tiempo de vida, noticia que sólo fue falsa alarma; toda esta situación le generó demasiado estrés, preocupación y alteraciones a nivel emocional complicando su malestar; no se registran antecedentes patológicos familiares.

La paciente labora en una organización dedicada al rubro de urbanización, ocupando el puesto de secretaria, este mismo tiene carga estresante y demanda paciencia, lo que ayuda la aparición de los síntomas de su enfermedad. No tuvo ni tiene alguna conducta nociva o adicción a alguna sustancia tóxica; profesa la religión católica pero no la practica.

Actualmente vive con su esposo, hijos y comparte terreno en común con sus cuñadas. La relación con sus hijos es buena, sin embargo, la dinámica con su esposo se ha visto afectada por la infidelidad en el 2017, ya no confía en él, no la apoya cada vez que los síntomas de su enfermedad reaparecen o activan, contrariamente su actitud es de indiferencia. Su nivel económico corresponde al nivel medio.

V. OBSERACIONES CONDUCTUALES

La paciente al momento de la evaluación muestra un alineo y cuidado personal adecuado, aparenta la edad referida, de estatura mediana y contextura adecuada para su estructura corporal. Muestra ánimo decaído, tono de voz tenue, responde a los estímulos y preguntas planteadas. Consciente de la realidad, mantiene una atención adecuada aunque con ciertas dificultades, cansancio; se orienta en persona y tiempo, leve alteración en cuanto a la orientación espacial, dificultad leve para mantener el equilibrio, de lenguaje

comprendible y coherente, de pensamiento lógico y secuencial, no presenta alteraciones en cuanto a la percepción, leve disminución del sentido de la audición; su memoria remota e inmediata se encuentra conservada; así mismo posee la capacidad intelectual para solucionar problemas en distintos aspectos de su vida, muestra un estado de ánimo deficiente, es consciente del problema de salud mental que está atravesando prueba de ello están los deseos de mejorar su situación emocional y aprender estrategias de manejo frente a su problema.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

La capacidad intelectual de la paciente se encuentra dentro de la categoría ***normal promedio***, indicándonos que puede solucionar problemas de la vida diaria sin mayores dificultades, siempre y cuando la sintomatología de su malestar no se manifiesten, cuando están presentes su capacidad intelectual se ve opacada.

Su personalidad se caracteriza generalmente por ser una persona dinámica, emprendedora, práctica, alegre, le gusta compartir con su familia y amistades, el aseo de casa es uno de sus pasatiempos; sin embargo su estabilidad emocional se ve afectada a causa de la sintomatología de su diagnóstico médico, Síndrome de Meniere, ocasionando desequilibrio en su personalidad y sus componentes, manifestándose por; tendencia importante hacia la fantasía, sentimientos de resentimientos hacia otras personas, orientación hacia la soledad y aislamiento, poco control de impulsos exige soluciones rápidas y prácticas a sus problemas. Insegura, experimenta sentimientos de culpa, baja energía, sentimientos de incapacidad, minusvalía, preocupación; además ha tenido dificultades para el sueño, disminución del apetito e interés hacia sus actividades cotidianas, ocasionalmente infantil sobre todo cuando percibe que no se la atiende o comprende con rapidez al momento de su “crisis”. Ansiosa, muestra temor, desconfianza, incertidumbre que es canalizada a través de mecanismos de somatización, angustia importante a causa de sintomatología física, sus preocupaciones y problemas surgen de su enfermedad física, temor por la complicación de los síntomas; proyecta sus sensaciones de incapacidad hacia el ambiente y personas que la rodean, el terreno amoroso ha sufrido desconfianza; tendencias histéricas y baja tolerancia a la frustración. Búsqueda de aceptación y comprensión de parte de las personas que la rodea.

VII. CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA

De acuerdo a la sintomatología observada, entrevistas y evaluaciones realizadas a la paciente se concluye; posee rasgos como sentimientos culpa, baja energía, incapacidad, minusvalía, alteraciones en el sueño y el apetito, falta de interés y motivación; además inseguridad, preocupación, angustia, temor, conductas histéricas; lo anterior dicho ocasionada debido a su sintomatología física (Síndrome de Meniere), por lo que se ve limitada, busca comprensión y aceptación por parte de las personas que la rodean, al no encontrarla tiende a actuar exagerando su sintomatología y exige soluciones prácticas y rápidas a su problema. La sintomatología presentada ha influenciado negativamente en áreas de desenvolvimiento personal, social y laboral.

Configurando, *trastornos del humor (afectivos) orgánicos CIE 10 F06.3; y trastorno de ansiedad orgánico CIE 10 F06.4.*

VIII. PRONÓSTICO

Debido a la búsqueda de ayuda profesional, concientización de la intensificación de la enfermedad; los resultados que se esperan obtener al poner en marcha el plan psicoterapéutico es de pronóstico: FAVORABLE.

IX. RECOMENDACIONES

- ✓ Realizar psicoterapia
- ✓ Cambio en los estilos de vida
- ✓ Realizar actividades de recreación
- ✓ Continuar con terapia médica
- ✓ Control de impulsos y emociones

Arequipa 20 de septiembre del 2018

.....
Sánchez Pumarayme, Agustín
Sandro
Bachiller en Psicología

PLAN PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos	: Graciela P. P.
Sexo	: femenino.
Fecha de nacimiento	: 27 de agosto de 1969.
Lugar de nacimiento	: Arequipa.
Procedencia	: Arequipa.
Edad	: 49 años.
Estado civil	: casada.
Grado de Instrucción	: superior Técnica.
Ocupación	: técnica en contabilidad.
Religión	: católica.
Informante	: la paciente.
Fecha de evaluación	: 05; 06; 11 de septiembre del 2018.
Lugar de evaluación	: consultorio privado.
Examinador	: Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro.

II. DIAGNÓSTICO

De acuerdo a la sintomatología observada, entrevistas y evaluaciones realizadas a la paciente se concluye; posee rasgos como sentimientos culpa, baja energía, incapacidad, minusvalía, alteraciones en el sueño y el apetito, falta de interés y motivación; además inseguridad, preocupación, angustia, temor, conductas histéricas; lo anterior dicho ocasionada debido a su sintomatología física (Síndrome de Meniere), por lo que se ve limitada, busca comprensión y aceptación por parte de las personas que la rodean, al no encontrar el mismo tiende a actuar exagerando su sintomatología y exige soluciones prácticas y rápidas a su problema. La sintomatología presentada ha influenciado negativamente en áreas de desenvolvimiento personal, social y laboral. Configurando, *trastornos del humor (afectivos) orgánicos CIE 10 F06.3; y trastorno de ansiedad orgánico CIE 10 F06.4.*

III. OBJETIVOS GENERALES

- ✓ Disminuir los niveles de ansiedad
- ✓ Lograr un equilibrio emocional
- ✓ Bloquear pensamientos rumiantes negativos
- ✓ Concientizar acerca de su estado actual de salud

- ✓ Modificar estilos de vida
- ✓ Aprender a convivir y estrategias adecuada de afrontamiento
- ✓ Terapia ocupacional

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE TERAPÉUTICO

SESIÓN 1, 2, 3	“Me relajo”
1. OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir niveles de ansiedad. - Identificar y jerarquizar estímulos causantes de la ansiedad y estrés. - Lograr que el paciente diferencie los estados de relajación y tensión. - Mostrar la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o tenso.
2. TÉCNICA	Relajación Progresiva de Jacobson Desensibilización sistemática
3. TIEMPO TOTAL	45 minutos

SESIÓN 4, 5, 6	“¿Pienso y siento adecuadamente?”
1. OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr la disminución de los niveles de depresión, así mismo ideas irrationales, desarrollando pensamientos más racionales.
2. TÉCNICA	Terapia Racional Emotiva
3. TIEMPO TOTAL	45 minutos.

SESIÓN 5, 6	"Tengo el Control, y puedo pensar diferente"
1. OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el control de sus situaciones emocionales. - Bloquear pensamientos rumiantes negativos y por lo tanto disminuir el nivel de estrés.
2. TÉCNICA	Técnica del botón Cambio de pensamiento
3. TIEMPO TOTAL	45 minutos.

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN

Nº de sesiones	Octubre				Noviembre			
	X	X	X	X				
1ra - 3ra Sesión	X	X	X	X				
4ta – 6ta Sesión					X	X	X	X

VI. LOGROS OBTENIDOS

Se puso en marcha la primera sesión en la que se logró tranquilizar a la paciente, consiguiendo así la disminución de síntomas ansiosos.

VII. CAMBIO DE ACTITUDES Y/O COMPORTAMIENTOS

- ✓ Al concluir la última entrevista, se la observó relativamente más tranquila.
- ✓ Se muestra con interés y motivación para continuar la psicoterapia.
- ✓ Se logró la concientización acerca de su problemática y de la importancia de seguir un tratamiento, así mismo de la continuidad en cuanto a la continuidad de su terapia médica.
- ✓ Se logró sensibilizar acerca de la importancia de cambio en su estilo de vida.

Arequipa 20 de septiembre del 2018

Sánchez Pumarayme, Agustín
Sandro
Bachiller en Psicología

AVANCE DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y apellidos : Graciela P. P.
Sexo : femenino.
Fecha de nacimiento : 27 de agosto de 1969.
Lugar de nacimiento : Arequipa.
Procedencia : Arequipa.
Edad : 49 años.
Estado civil : casada.
Grado de Instrucción : superior Técnica.
Ocupación : técnica en contabilidad.
Religión : católica.
Informante : la paciente.
Fecha de evaluación : 05; 06; 11 de septiembre del 2018.
Lugar de evaluación : consultorio privado.
Examinador : Sánchez Pumarayme, Agustín Sandro.

SESIÓN 1

TEMA:	RELAJACIÓN: “Me relajo”
DURACIÓN:	45 minutos.
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">- Lograr que el paciente diferencie los estados de relajación y tensión.- Mostrar la incompatibilidad de estar relajado y estar ansioso o tenso.
MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none">- Ambiente adecuado
DESARROLLO: <ul style="list-style-type: none">- Previo a desarrollar la sesión se hace un contrato psicológico, en la que se le informó en que consiste la sesión y su finalidad, así mismo se le indicó cual es la actitud y comportamiento que debe efectuar.- Se la pidió a la paciente que se sentará en la silla en una posición cómoda, de forma vertical, de modo que no interfiera en el desarrollo de la sesión.	

	<ul style="list-style-type: none"> - Se procedió a hacer la demostración de la manera correcta de respiración para obtener una relajación adecuada, en ella se utilizó la imaginería, como también la sugestión, induciéndola a experimentar sensación de agrado y paz interior. - Seguidamente se inició con la aplicación de la técnica de Relajación Progresiva, se realiza un ejemplo práctico acerca de qué y cómo hacerlo, “tiene que ud. tensar, hacer fuerza con los brazos de este modo, continué haciendo fuerza con los brazos hasta que yo le diga basta, cuando yo le indique libere los brazos bruscamente y distinga la diferencia entre tensión y relajación muscular...” se procedió a realizar la técnica con los diferentes grupos musculares según refiere la teoría. - Al concluir la sesión se le indica que debe realizar los ejercicios en casa al menos dos veces al día, en momentos libres, o ya sea en situaciones en la que se sienta tensa o estresada. - Se le da como tarea realizar actividades de su agrado personal, como también practicar actividad física.
CONCLUSIONES:	<ul style="list-style-type: none"> - Se le interrogó ¿cómo se siente?, contestando que: se sentía más relajada, tranquila, menos tensa. - No hubo ninguna incomodidad ni interferencias durante el proceso. - Se logró el objetivo.

Arequipa 20 de septiembre del 2018

.....
 Sánchez Pumarayme, Agustín
 Sandro
 Bachiller en Psicología

ANEXOS

HOJA DE RESPUESTAS

Nombres: <u>GRACIELA P.P.</u>	Grado de instrucción:
Apellidos: _____	<input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Año: _____
Edad: <u>48</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Técnico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/> Módulo: _____
Género: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Técnico superior <input type="checkbox"/> Ciclo: _____
Fecha de evaluación: <u>11/09/2018</u>	<input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Ciclo: _____

EJEMPLOS:	PUNTAJE BRUTO									
A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>4</td></tr></table> B <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>3</td></tr></table> C <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table> D <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>1</td></tr></table>	2	4	2	3	0	0	1	1	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>09</td></tr></table>	09
2										
4										
2										
3										
0										
0										
1										
1										
09										
	CATEGORÍA									
	<u>NORMAL PROMEDIO</u>									

1	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>2</td></tr></table>	2	2	8	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>6</td></tr></table>	2	6	15	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>			22	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>			29	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
2																			
2																			
2																			
6																			
2	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>0</td></tr></table>	0	0	9	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>9</td></tr></table>	2	9	16	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>3</td></tr></table>	0	3	23	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>4</td></tr></table>	2	4	30	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
0																			
0																			
2																			
9																			
0																			
3																			
2																			
4																			
3	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>3</td></tr></table>	1	3	10	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>5</td></tr></table>	2	5	17	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr><tr><td>3</td></tr></table>	4	3	24	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>1</td></tr></table>	1	1	31	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
1																			
3																			
2																			
5																			
4																			
3																			
1																			
1																			
4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td></tr><tr><td>0</td></tr></table>	9	0	11	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr><tr><td>1</td></tr></table>	2	1	18	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>			25	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>			32	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
9																			
0																			
2																			
1																			
5	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>3</td></tr></table>	5	3	12	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td></tr><tr><td>6</td></tr></table>	0	6	19	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>6</td></tr></table>	5	6	26	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>2</td></tr></table>	1	2	33	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
5																			
3																			
0																			
6																			
5																			
6																			
1																			
2																			
6	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>0</td></tr></table>	5	0	13	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr><tr><td>5</td></tr></table>	1	5	20	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr><tr><td>4</td></tr></table>	3	4	27	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>6</td></tr><tr><td>1</td></tr></table>	6	1	34	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
5																			
0																			
1																			
5																			
3																			
4																			
6																			
1																			
7	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>X</td></tr><tr><td>X</td></tr></table>	X	X	14	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>			21	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>			28	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>5</td></tr><tr><td>3</td></tr></table>	5	3	35	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>		
X																			
X																			
5																			
3																			

EVALUACION DE LA ANSIEDAD

NOMBRE: GRACIELA P.P.

FECHA: 06/09/2018

	NUNCA O RARAS VECES	ALGUNAS VECES	BUEN NUMERO DE VECES	LA MAYORIA DE LAS VECES
1. Me siento mas nervioso y ansioso que de costumbre	1	(2)	3	4
2. Me siento con temor sin razón	1	2	(3)	4
3. Despierto con facilidad y siento pánico	(1)	2	3	4
4. Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos	1	(2)	3	4
5. Siento que todo esta bien y que nada malo puede sucederme	4	(3)	2	1
6. Me tiemblan los brazos y las piernas	(1)	2	3	4
7. Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura	1	2	(3)	4
8. Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	(4)
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente	4	(3)	2	1
10. Puedo sentir que me late muy rápido el corazón	1	(2)	3	4
11. Sufro de mareos	1	(2)	3	4
12. Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar	1	(2)	3	4
13. Puedo inspirar y expirar fácilmente	4	(3)	2	1
14. Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y pies	(1)	2	3	4
15. Sufro de molestias estomacales o indigestión	1	(2)	3	4
16. Orino con mucha frecuencia	1	(2)	3	4
17. Generalmente mis manos están secas y calientes	4	3	2	(1)
18. Siento bochornos	1	(2)	3	4
19. Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche	(4)	3	2	1
20. Tengo pesadillas	1	(2)	3	4

TABLA PARA CONVERTIR LA SUMA TOTAL EN EL INDICE EAA

SUMA TOTAL	INDICE EAA	SUMA TOTAL	INDICE EAA	SUMA TOTAL	INDICE EAA
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

INDICE EAA

**IMPRESIÓN GLOBAL DE EQUIVALENCIA
CLINICA**

Menos de 50	Dentro de los límites normales. No hay Ansiedad presente.
-------------	---

<u>50 - 59</u>	<u>Ansiedad leve moderada</u>
----------------	-------------------------------

60 - 69	Ansiedad moderada intensa
---------	---------------------------

70 a mas	Ansiedad intensa
----------	------------------

ESCALA DE ZUNG

DEPRESIÓN

06/09/2018

Nombre: GRACIELA P.P.

Marque con un círculo el número que se ajuste a su respuesta

	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Me siento triste y decaido		2	3	4
2. Por las mañanas me siento mejor	4	3	2	1
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro	1	2	3	4
4. Me cuesta mucho dormir por las noches	1	2	3	4
5. Como igual que antes	4	3	2	1
6. Aún tengo deseos sexuales	4	3	2	1
7. Noto que estoy adelgazando	1	2	3	4
8. Estoy estreñido	1	2	3	4
9. El corazón me late más rápido que antes	1	2	3	4
10. Me canso sin motivo	1	2	3	4
11. Mi mente está tan despejada como antes	4	3	2	1
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes	4	3	2	1
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	1	2	3	4
14. Tengo confianza en el futuro	4	3	2	1
15. Estoy más irritable que antes	1	2	3	4
16. Encuentro fácil tomar decisiones	4	3	2	1
17. Siento que soy útil y necesario	1	2	3	4
18. Encuentro agradable vivir	4	3	2	1
19. Creo que sería mejor para los demás si estuviera muerto	1	2	3	4
20. Me gusta las mismas cosas que antes	4	3	2	1

PUNTAJE TOTAL:

50

ÍNDICE DE VALORACIÓN DE DEPRESIÓN							
PUNTOS	ÍNDICE EDAD	PUNTOS	ÍNDICE EDAD	PUNTOS	ÍNDICE EDAD	PUNTOS	ÍNDICE EDAD
20	25	36	45	52	65	68	85
21	26	37	46	53	66	69	86
22	28	38	48	54	68	70	88
23	29	39	49	55	69	71	89
24	30	40	50	56	70	72	90
25	31	41	51	57	71	73	91
26	33	42	53	58	73	74	92
27	34	43	54	59	74	75	94
28	35	44	55	60	75	76	95
29	36	45	56	61	76	77	96
30	38	46	58	62	78	78	98
31	39	47	59	53	79	79	99
32	40	48	60	64	80	80	100
33	41	49	61	65	81		
34	43	50	63	66	83		
35	44	51	64	67	84		

ÍNDICE EAD

Menos de 50

50 - 59

60 - 69

70 a Más

INTERPRETACIÓN

Dentro de Límites Normales

Depresión Leve Moderada

Depresión Moderada Intensa

Depresión Intensa

PUNTOS: 50

IEA : 63

CATEGORÍA:

DEPRESIÓN MODERADA
INTENSA

- GRACIELA P.R.

- 49 AÑOS



Graciela Es una persona muy
sensible que a pesar de las circunstancias
de haber pasado por un proceso de
una enfermedad llamada Síndrome
de Meniere y está superando la crisis
está hoy aquí tratando de ser feliz.
Está hoy aquí tratando de superar
estar bien me estoy yendo de sophing
muy contenta porque se siente mejor
y a partir de ahora estará bien
tratando de ser feliz vivir para
sus hijos que los ama mucho
por ellos será fuerte y no se dejará
vencer con esta enfermedad

- GRACIELA P.P.

- 49 AÑOS



Armando Mi hijo el Menor
tiene 13 años Está jugando
con su pelota con su perro Rex en el
Parque está feliz porque su mamita
ya está mejor de la ultima crisis
que sufrió a causa de su enfermedad
~~Sab~~ él la cuidó mucho estos
días no se apartó de su mamá
para nada, y ahora está tranquilo
tratando de olvidar esos
días malos que pasó con su mamá
Armando Dma mucha a sus papitos
y ellos también lo Dman mucho
y él lo sabe

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: GRACIELA S. P.
Estado Civil: CASADA
Ocupación: SECRETARIA

Edad: _____
Grado de Instrucción: SUPERIOR TÉCNICO
Fecha de Examen: 11/09/2018

1. V F	13. V F	25. V F	37. V F	49. V F	61. V F
2. V F	14. V F	26. V F	38. V F	50. V F	62. V F
3. V F	15. V F	27. V F	39. V F	51. V F	63. V F
4. V F	16. V F	28. V F	40. V F	52. V F	64. V F
5. V F	17. V F	29. V F	41. V F	53. V F	65. V F
6. V F	18. V F	30. V F	42. V F	54. V F	66. V F
7. V F	19. V F	31. V F	43. V F	55. V F	67. V F
8. V F	20. V F	32. V F	44. V F	56. V F	68. V F
9. V F	21. V F	33. V F	45. V F	57. V F	69. V F
10. V F	22. V F	34. V F	46. V F	58. V F	70. V F
11. V F	23. V F	35. V F	47. V F	59. V F	71. V F
12. V F	24. V F	36. V F	48. V F	60. V F	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Puntaje Directo	0	5	3	10	14	16	14	9	15 16 10
Puntaje Equivalente	2	14	8	22	39	35	33	21	37 46 25
Añadir K				4			3	8	8 2
Puntaje Directo Corregido	2	14	8	26	39	35	36	21	45 54 27
Puntaje T	50	76	42	76	88	79	90	88	83 98 75
	310	210	410	410	410	410	410	410	

DIAGNÓSTICO:

