

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“PERCEPCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE CATORCE
AÑOS ANTE EL EMBARAZO”**

Estudio cualitativo de la historia de vida de tres adolescentes

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Kathia María Domínguez Mancilla
Verónica Paola Ríos Mesías
Thelma Lucía Godoy Espinoza**

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2017

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Las estudiantes:

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Kathia María Domínguez Mancilla | 200910034 | 1723140700101 |
| 2. | Verónica Paola Rios Mesías | 200910159 | 2078009010101 |
| 3. | Thelma Lucía Godoy Espinoza | 200910402 | 2053933730502 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"PERCEPCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE CATORCE AÑOS ANTE EL EMBARAZO"

Estudio cualitativo de la historia de vida de tres adolescentes

Trabajo asesorado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el catorce de agosto del dos mil diecisiete


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que las estudiantes:

- | | | | |
|----|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Kathia María Domínguez Mancilla | 200910034 | 1723140700101 |
| 2. | Verónica Paola Ríos Mesías | 200910159 | 2078009010101 |
| 3. | Thelma Lucía Godoy Espinoza | 200910402 | 2053933730502 |

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

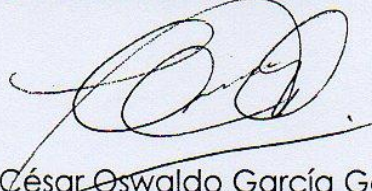
"PERCEPCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE CATORCE AÑOS ANTE EL EMBARAZO"

Estudio cualitativo de la historia de vida de tres adolescentes

El cual ha sido revisado por las Drs. Aída Guadalupe Barrera Pérez y Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el ocho de agosto del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*

Dr. C.  César Oswaldo García García
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

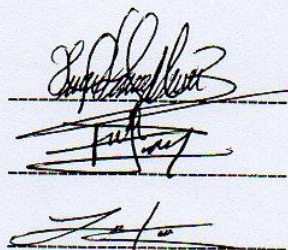
Guatemala, 14 de agosto del 2017

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. Kathia María Domínguez Mancilla
2. Verónica Paola Ríos Mesías
3. Thelma Lucía Godoy Espinoza



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"PERCEPCIÓN DE MADRES ADOLESCENTES MENORES DE CATORCE
AÑOS ANTE EL EMBARAZO"

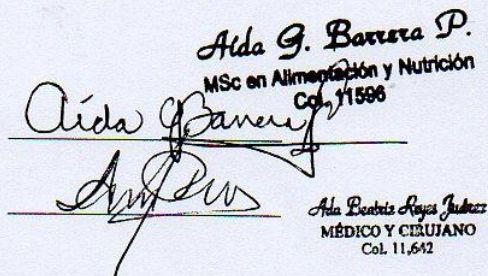
Estudio cualitativo de la historia de vida de tres adolescentes

Del cual la revisora y la asesora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Asesora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez

Revisora: Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez
Reg. de personal 20070309



Aída G. Barrera P.
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11598

Ada Beatriz Reyes Juárez
MÉDICO Y CIRUJANO
Col. 11,642

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por la vida y por elegirme como su instrumento para ayudar a sus demás hijos en la tierra. Porque todo lo que hago es en su nombre y para gloria de Él, por la gran bendición de permitirme haber llegado a este momento tan importante de mi formación académica porque reconozco que, sin Él, nada de lo que hasta hoy he logrado sería posible. A la Virgen María por interceder por mí ante nuestro Padre celestial para lograr una meta más en mi vida.

A MI MADRE

Lucrecia Mancilla, principalmente a ti, quien día a día fuiste el motor que me impulsó a dar lo mejor de mí, por dedicar tu vida entera y que con tu esfuerzo, sacrificio, paciencia, desvelos y soporte incondicional lograste formar a la persona que soy hoy en día. Infinitas gracias por siempre estar a mi lado, el triunfo es para ambas. ¡LO LOGRAMOS!

A MIS PADRES

Por siempre creer, alentar y apoyarme en mis sueños y metas.

A MIS ABUELOS

Zoila López y Guillermo Mancilla, por las palabras de aliento, por las oraciones, por estar presente en todo momento y sobre todo por el amor y fe que siempre han tenido en mí. Gracias.

A MIS TÍOS

Juan Carlos Mansilla, por compartir conmigo parte de este camino, por los ánimos, consejos y por el apoyo que me has brindado. A mi ángel, Guillermo Mancilla que desde el cielo se regocija de felicidad al verme triunfar.

A MIS AMIGOS

Con quienes he compartido experiencias inolvidables, por demostrarme que la verdadera amistad sobrevive a través del tiempo sin importar las circunstancias, especialmente Carolina Camey, por ser un pilar importante de mi vida, por darme fuerzas y esperanzas en los momentos difíciles, pero ante todo por confiar siempre en mí.

Kathia María Domínguez Mancilla

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por haber guiado mi camino, iluminándome en cada etapa de mi carrera.

A MIS PADRES

Rubén Darío Godoy Morales y Thelma Millitza Espinoza Maltez

Por ser entre los dos el sendero de mi vida, las personas que más admiro en el mundo y a las que con orgullo sigo sus pasos. Gracias por ser la luz y el motor de mi camino, por su amor y su paciencia infinita. Por creer en mí, apoyándome en cada decisión que tomo sin importar lo difícil que sea. Mis dos superhéroes quienes con su trabajo y esfuerzo me han permitido llegar hasta aquí, regalándome los mejores consejos, ayudándome e impulsándome para alcanzar mis metas. Los amo con el alma.

A MI HERMANO

Rubén Darío Godoy Espinoza

Por tu apoyo incondicional, porque siempre encontraste las palabras perfectas, para darme el valor de seguir adelante; por ayudarme en mis momentos de pánico y nunca dudar que lo lograría; por saber escucharme y ser el mejor hermano del mundo.

A MIS ABUELITOS

Papito Rubén y Mamita Mira por los sabios consejos y las palabras de aliento, por esas llamadas que me hacen más que feliz, tan solo con escucharlos y por todas sus oraciones, que estoy segura me acompañaron cada día.

Papito Julio y Mamita Rosita mis ángeles hermosos, por haberme regalado la dicha de llamarles “mis papitos”, yo sé que hoy estarían más que orgullosos, pero también sé que en donde quiera que estén lo van a celebrar juntos. Los extraño inmensamente y los llevare en mi corazón por siempre.

A MI NOVIO

Mario José López Ochoa

Por motivarme a dar lo mejor de mí en cada paso de mi carrera, por enseñarme a disfrutar cada nuevo reto y darme la mano para superarlos juntos. Sobre todo, por llenar mi vida universitaria de hermosas experiencias.

A MI FAMILIA

Por ser mi mayor tesoro. Los amo con todo el corazón

A MI PROMOCION

Con mucho cariño, LO LOGRAMOS!!!!

Thelma Lucía Godoy Espinoza

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser mi fortaleza y mi guía en este camino.

A MI MAMÁ

Verónica Mesías, Mi amiga, mi apoyo incondicional, mi fortaleza, mi guía, mi ejemplo en la vida, sin ti no lo hubiera logrado. Gracias por tanto y por todo. Te amo.

A MI HERMANA

Estefanía, por ser el regalo más grande que Dios me mando, mi mejor amiga, mi compañera de vida, mi cómplice, mi roca, mi paz, mi ángel en la tierra, esto es por ti y para ti. Te amo.

A MIS AMIGOS

A todas esas personas con quienes compartí enseñanzas, risas, lágrimas y éxitos. Ana, Elias, Yenni, Marina. Gracias por acompañarme en este camino.

Verónica Paola R. Mesías

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO Explorar el significado de vivir un embarazo en la adolescencia en los departamentos de Escuintla, municipio Santa Lucía Cotzumalguapa; de Guatemala, municipio de Villa Canales y de la ciudad capital, en los meses de mayo y junio de 2017.

METODOLOGÍA: Estudio con enfoque cualitativo y metodología fenomenológica a través de la técnica de historia de vida; se recolectó información de tres adolescentes que experimentaron un embarazo siendo menores de 14 años mediante una entrevista semi estructurada que giró alrededor de la vida antes, durante y después del embarazo que permitió describir, categorizar y codificar sus vivencias y emociones.

RESULTADOS: La vida antes del embarazo se caracteriza por tener como responsabilidad principal el asistir a la escuela, pero para las adolescentes lo principal era el juego, su mayor fuente de alegría; sus metas eran ayudar a su familia y formarse académicamente. En la vida durante el embarazo las adolescentes finalmente aceptaron los cambios propios de esta etapa y la idea de ser madres a temprana edad, relegando los juegos al pasado. La vida después del embarazo en estas adolescentes ha sido una etapa de cambios en los cuales se resignaron ante la maternidad y asumieron la responsabilidad de ser madres con los recursos que tenían disponibles.

CONCLUSIONES: Las tres jóvenes concuerdan en posponer el inicio temprano de la actividad sexual y el embarazo, independientemente de las circunstancias en las que se desenvuelven, ya que las consecuencias de estos fenómenos son graves para la madre adolescente en los aspectos físico, emocional y psicológico. Las tres adolescentes, actualmente, son conscientes de que por la poca madurez aunada a la falta de educación no fueron capaces de tomar una decisión acertada y concebir las consecuencias a futuro.

Palabras clave: Percepción, madres, adolescentes, embarazo

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO LÓGICO	3
2.1. Dimensión conceptual	3
2.2. Dimensión epistemológica	3
2.2.1. Fenomenología filosófica	3
2.2.2. Fenomenología social	5
2.2.3. Fenomenología emocional	5
2.3. Dimensión teórica	7
2.3.1. Ciclos de vida por edad	7
2.3.2. Adolescencia	8
2.3.2.1. Adolescencia temprana (11-13 años)	9
2.3.2.2. Adolescencia media (14-17 años)	10
2.3.2.3. Adolescencia tardía (17-21 años)	11
2.3.3. Embarazo	11
2.3.4. Embarazo en niñas y adolescentes	12
2.3.4.1. Ámbito emocional	13
2.3.4.2. Consecuencias (madre-bebé)	15
2.4. Marco legal y marco político	19
2.4.1. Análisis de situación embarazo en niñas y adolescentes en Guatemala	21
2.5. Dimensión metodológica	23
2.5.1. Primera adolescente	23
2.5.2. Segunda adolescente	24
2.5.3. Tercera adolescente	25
3. OBJETIVOS	27
3.1. General	27
3.2. Específicos	27
4. METODOLOGÍA	29
4.1. Tipo de estudio y diseño metodológico	29
4.2. Unidad de análisis	29
4.2.1. Unidad de análisis	29
4.2.2. Unidad de información	29
4.3. Población	29
4.3.1. Población a estudio	29
4.4. Técnica, procedimiento e instrumentos que se utilizaron en la recolección de información	30

4.4.1. Técnica e instrumentos utilizados en la recolección de información	30
4.5. Procedimientos.....	31
4.5.1. Etapa descriptiva	31
4.5.2. Etapa estructural	31
4.5.3. Etapa de discusión de resultados	31
4.6. Instrumento de recolección de datos	31
4.6.1. Historia de vida.....	32
4.7. Procesamiento y análisis de los datos	32
4.7.1. Método de análisis.....	32
4.7.2. Reducción de los datos	32
4.7.3. Disposición y transformación de los datos	33
4.7.4. Obtención de resultados y verificación de las conclusiones.....	33
4.8. Alcances y límites.....	34
4.8.1. Alcances de la investigación.....	34
4.8.2. Limitaciones de la investigación.....	34
4.9. Aspectos éticos de la investigación	34
5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	37
5.1. Adolescente 1: “Andrea”	37
5.2. Adolescente 2: “María”	37
5.3. Adolescente 3: “Anita”	37
5.4. Categoría 1. Vida antes del embarazo.....	39
5.5. Categoría 2. Vida durante el embarazo	47
5.6. Categoría 3. Vida después del embarazo.....	56
6. DISCUSIÓN.....	61
7. CONCLUSIONES.....	69
8. RECOMENDACIONES.....	71
9. APORTES	73
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	75
11. ANEXOS	83

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo o gravidez (del latín gravitas) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto.^{1, 2}

La adolescencia (del latín adolescente) se define como el período de la vida posterior a la niñez y anterior a la etapa adulta. Transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad, entre los 10 y 12 años, hasta el desarrollo completo del cuerpo, entre los 19 y 20 años aproximadamente⁴. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período entre los 10 y 19 años.⁵

El embarazo en adolescentes, embarazo temprano o precoz se define como: *"El embarazo que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, hasta los dos años siguientes o bien hasta que la adolescente aún sea dependiente de su núcleo familiar de origen."*^{6,7}

El embarazo en adolescentes es un problema de gran trascendencia, más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en regiones de Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador y Venezuela representando entre un 15-25% de los adolescentes. Guatemala se encuentra entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, es el tercer país con más altas tasas de fecundidad en adolescentes entre 15 a 19 años.^{8,9}

En Guatemala, los casos de embarazos de adolescentes se incrementan de forma alarmante en los últimos años. Según la Encuesta Nacional Materno Infantil realizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2008-2009), por cada mil habitantes hay 114 madres entre los 10 y 20 años.¹⁰ Esto debido a que existen contextos culturales que ven el embarazo en las adolescentes como algo deseado, esperado, aceptado e incluso provocado y apoyado por la propia familia, sin embargo es preciso mencionar que el peso de lo cultural no justifica vulnerar la vida de las adolescentes, quienes tendrán que afrontar los cambios tanto físicos, sociales, educativos, culturales y psicológicos sumando la susceptibilidad inducida por los cambios propios de esta etapa con los efectos positivos

y negativos que conllevará su nueva vida de madres, denominándoseles “niñas que tienen niños”.^{8,12}

Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay más de mil millones de adolescentes, 85% que pertenecen a países en vías de desarrollo. Anualmente se reportan 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número indeterminado de adolescentes menores de 15 años son madres a nivel mundial, de estas cifras el 7 al 34% corresponden a violaciones e incesto.^{12,13} En este contexto, Guatemala no se queda atrás ya que el 89% de los casos corresponden a incesto, el 30% son cometidos por el propio padre.¹⁴ Las mujeres son el grupo menos favorecido,¹⁵ especialmente las adolescentes del área rural, siendo uno de los casos el bajo nivel educativo, los matrimonios a temprana edad, embarazos frecuentes, la alta incidencia en fecundidad y la pobreza.

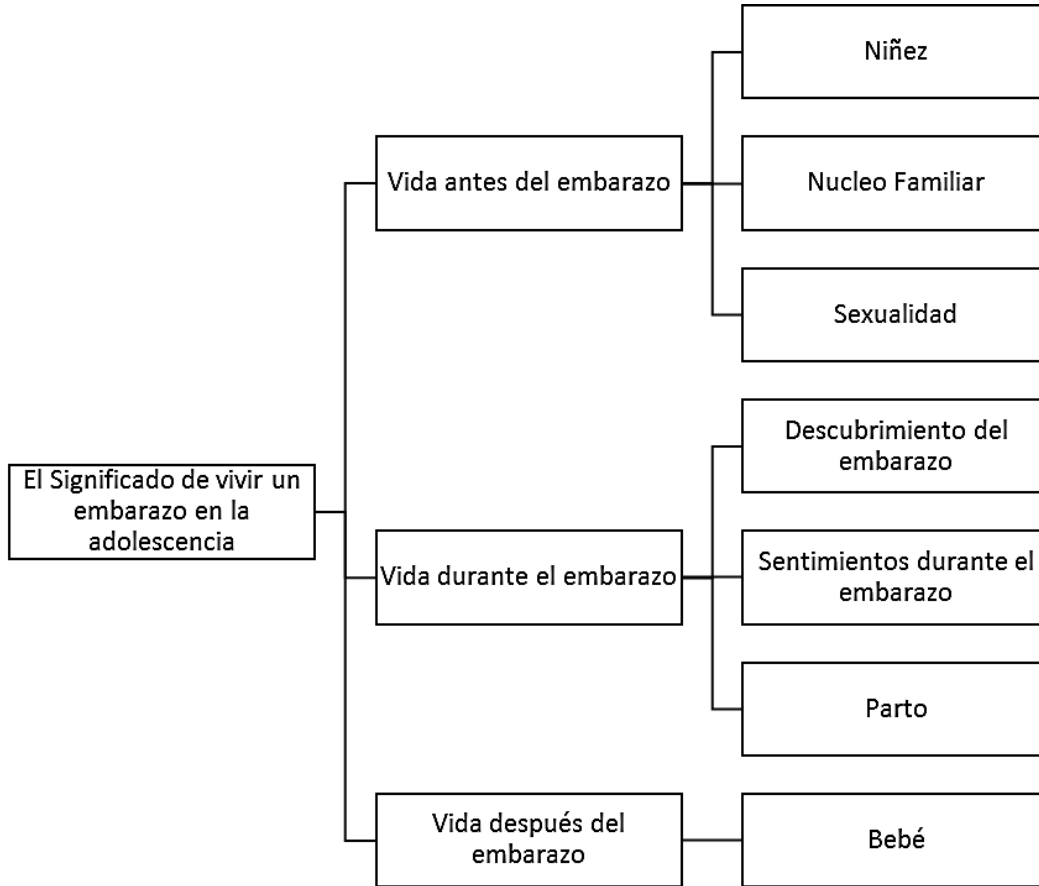
El Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR) reveló que de enero a marzo del 2016 se reportaron 9 mil 829 partos en mujeres de 10 a 19 años de edad, cifra que representa el 25 % del total de partos en Guatemala.⁸ En los primeros tres meses del año 2017 se registraron 578 partos de madres entre 10 y 14 años de edad.¹²

Actualmente, existen estadísticas de embarazos en adolescentes que se han documentado por diferentes instituciones, entre ellos: Procuraduría de los Derechos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Observatorio en Salud Reproductiva y Registro Nacional de Personas, pero aún se carece del testimonio de estas adolescentes madres sobre su experiencia vivida, desde su propia perspectiva, por lo que se realizó un estudio de tipo cualitativo con una entrevista semiestructurada como instrumento de recolección de datos para documentar la historia de vida de tres adolescentes; dos de ellas residen en el área rural y una en el área urbana. El objetivo fue comprender lo que significó para estas adolescentes el embarazo y la maternidad antes de los 14 años; se exploró la percepción de vida de las adolescentes entrevistadas antes, durante y después del embarazo.

2. MARCO LÓGICO

2.1. Dimensión conceptual

El significado de vivir un embarazo en la adolescencia Inicial



Fuente: elaboración propia.

2.2. Dimensión epistemológica

El diseño fenomenológico es la descripción de vivencias, procurando explicar los significados en los que se está inmerso la vida cotidiana, el predominio de opiniones sociales o la frecuencia de algunos comportamientos.¹⁶

2.2.1. Fenomenología filosófica

La fenomenología filosófica a la doctrina desarrollada por Edmund Husserl (1859 - 1938) la cual se entiende como un método y una "manera de ver" el mundo. Husserl se opone al positivismo y al pragmatismo, también rechaza la creencia en una filosofía absoluta.¹⁶ Las tesis fundamentales de la fenomenología Husserliana son básicamente dos:

- 1) Para captar el fluir y el contenido de la conciencia debemos limitarnos a describir lo que se presenta en ella, sin dejarnos condicionar por las teorizaciones que pudimos haber hecho sobre ese contenido.
- 2) La descripción señalada antes, muestra que en el fluir de la conciencia se presentan, además de referencia a objetos concretos, referencias a .esencias ideales.

La conciencia para Husserl es siempre una conciencia intencional, es decir, conciencia de alguna cosa. Implica una relación: relación con un objeto. Para acceder a las esencias que aparecen en los fenómenos que se dan en la conciencia es necesario purificarlos mediante el procedimiento metodológico de la reducción eidética denominada epoché. Esta reducción significa poner entre paréntesis todo lo individual y contingente que aparece en el fenómeno dado en la intuición empírica o por las imágenes de la fantasía para quedarse con la esencia del fenómeno.¹⁷

La reducción eidética se acompaña de la reducción trascendental o reducción fenomenológica que también pone entre paréntesis la existencia del mundo que nos rodea y la existencia del propio analista, con sus actos psíquicos, sus intereses, etc. Lo que queda después de estas reducciones es la conciencia pura: sus vivencias y sus contenidos; denominada por Husserl Conciencia Transcendental.

La reducción fenomenológica es el método para llegar al campo en el cual debe actuar la nueva ciencia (nueva, en cuanto se trata de superar la crisis a la cual han sido arrastradas las ciencias por el positivismo). Es decir, si se quiere filosofar, es necesario abandonar la información que da la actitud natural y situarse en el ámbito de la conciencia pura. Si bien la reducción fenomenológica, con la cual se llega a este campo, implica la aceptación de un idealismo trascendental, Husserl no niega la existencia de un mundo real^{16.17}.

Husserl acusa al positivismo de ser responsable de la crisis de la ciencia, pues al reducir el verdadero conocimiento al conocimiento científico dejó de lado la fundamentación filosófica de ella. Para remediar esta crisis es necesario convertir la filosofía en ciencia, es decir, en un sistema conceptual de validez universal y necesaria.

Como tal, de ella deben partir todas las disciplinas filosóficas y los fundamentos de todas las ciencias.¹⁷

2.2.2. Fenomenología social

La fenomenología de Husserl con enfoque filosófico dio origen a la social cuyo principal expositor es Alfred Schutz.¹⁶ La sociología fenomenológica de Schutz se centra en la intersubjetividad. El estudio de la intersubjetividad busca respuesta a preguntas como las siguientes: ¿Cómo conocemos otras mentes?, ¿Cómo conocemos otros seres humanos?, ¿Cómo se produce la reciprocidad de perspectivas?, ¿Cómo se produce la comprensión y la comunicación recíproca? El mundo intersubjetivo no es un mundo privado; es común a todos. Existe "porque vivimos en él como hombres entre otros hombres, con quienes nos vinculan influencias y labores comunes, comprendiendo a los demás y siendo comprendidos por ellos" (Schutz). La intersubjetividad existe en el *presente vivido* en el que nos hablamos y nos escuchamos unos a otros.

Compartimos el mismo tiempo y espacio con otros. *"Esta simultaneidad es la esencia de la intersubjetividad, significa que captó la subjetividad del alter ego al mismo tiempo que vivo en mi propio flujo de conciencia... Y esta captación en simultaneidad del otro, así como su captación recíproca de mí, hacen posible nuestro ser conjunto en el mundo"* (Natanson). La frase de la cita anterior que está en cursiva nos proporciona la esencia del pensamiento de Schutz sobre la intersubjetividad. A Schutz no le interesaba la interacción física de las personas, sino el modo en que se comprenden recíprocamente sus conciencias, la manera en que se relacionan intersubjetivamente unas con otras.¹⁸

2.2.3. Fenomenología emocional

Sartre, a su vez, tomó de la fenomenología su principio básico, la intencionalidad de la conciencia ("la conciencia es siempre conciencia de algo"); pero criticó el idealismo y el subjetivismo de Husserl. Según Sartre el "Yo" no es la conciencia trascendental, sino el conjunto unitario de la intencionalidad de la conciencia que está "fuera, en el mundo", porque "es un ente del mundo, igual que el 'Yo' de otro".

Las cosas no están en la conciencia, como imagen o como representación, las cosas están en el mundo. "La conciencia es conciencia posicional del mundo", es apertura al mundo, no es el mundo. Mediante este giro re-introdujo a la conciencia en el mundo de

la existencia, permitiendo que los sufrimientos y las angustias de los hombres reales recuperen todo su peso.¹⁶

En algunas de la teorías psicológicas, la conciencia de la emoción se explica como si fuera una conciencia reflexiva, es decir como si la forma primera de la emoción consistiera aparecerse como una modificación de nuestro ser psíquico o, si se quiere, en ser aprehendida primero como un "estado de conciencia", lo que es un dato incontrovertible aunque irrelevante a los efectos que nos ocupan, ya que no cabe duda que siempre es posible tomar conciencia de la emoción como estructura afectiva de la conciencia, por ejemplo: "Estoy triste, tengo miedo, etc.", pero el miedo no es originalmente conciencia de "tener miedo", como tampoco la percepción de este escrito es conciencia de percibir el escrito. La conciencia emocional es ante todo irreflexiva, por lo tanto se dice que la conciencia del mundo¹⁸

De tal manera "la emoción es una forma organizada de la existencia humana". A partir del presente marco conceptual, Sartre analiza la alegría, la tristeza, la ira como formas que el ser humano adopta irreflexivamente con el fin de adoptar una posición distinta ante el mundo que le permita hacerle frente de una forma más eficaz y adaptada. La emoción es una forma de aprehender el mundo. *"El sujeto que busca la solución de un problema práctico se halla fuera, en el mundo; aprehende el mundo a cada instante, a través de todos sus actos. Si fracasa en sus intentos, se irrita; y su misma irritación es también una manera en que se le aparece el mundo"*. Sartre afirma que, la emoción es una transformación del mundo. Cuando el ser humano se encuentra ante un mundo urgente y difícil no puede dejar de actuar, en esta medida incluso la evasión es una actitud en la que se elimina artificialmente el problema. En su criterio, el ser humano intenta transformar el mundo a través de sus actos, y la emoción opera "en forma mágica" manipula y acciona el universo. La conciencia cae en esa trampa o espejismo y realiza sus reflexiones a partir de esa nueva realidad que no fue creada con ese proposito. La constitución de nuestra identidad tiene lugar desde la alteridad, desde la mirada del otro que nos objeta, y nos objetiva; otro que nos seduce y al que seducimos, al que miramos y por el que somos vistos.^{16, 17}

El fenómeno se identifica desde el planteamiento y puede ser tan variado como la amplia experiencia humana. En algunas ocasiones el objetivo específico es descubrir el

significado de un fenómeno que amplía el conocimiento de varias personas¹⁷. Primero se identifica el fenómeno y luego se recopilan datos de las personas que lo han experimentado, finalmente se hace una descripción compartida de la esencia de una experiencia para los participantes. También puede utilizarse como herramientas de recolección de la información desde la observación, hasta entrevistas personales con preguntas abiertas, semi estructuradas y estructuradas, documentos de todo tipo, grabaciones de audio y video e incluso instrumentos estandarizados^{16,17}

En el caso de la presente investigación se usará la teoría de la fenomenología social, la que se basa en la intersubjetividad, y permitirá entender cómo es que estas jóvenes se ven dentro de la sociedad y como se relacionan con ella, qué factores las conducen a el embarazo, cómo comprenden y les impacto este evento en sus vidas y las consecuencias que éstas tienen en ellas, en su familia y por ende en la sociedad.

2.3. Dimensión teórica

2.3.1. Ciclos de vida por edad

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior, como se describe a continuación: ^{19,20}

- Neonatal (0-28 días)
- Lactante (29 días a menos de 1 año)
- Niñez (1 años menos de 10 años)
- Adolescencia (10 a 19 años) dicha etapa está comprendida por:
 - Adolescencia temprana (10 a 13 años)
 - Adolescencia media (14 a 16 años)
 - Adolescencia tardía (17 a 19 años)
- Adultos (20 a 59 años)
- Adulto mayor (mayores de 60 años)

2.3.2. Adolescencia

Es la etapa del desarrollo ubicada entre la niñez y la edad adulta.²¹ Es considerado como el período de vida con mayores cambios físicos, psíquicos y sociales, convierten al niño en adulto y le preparan para la función reproductora. Los cambios físicos son muy variables por lo que es necesario comprender y conocerlos para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberal.²²

“En Guatemala, la Ley de Protección Integral de la niñez y la adolescencia (Ley PINA-Decreto 27- 2003), en el artículo 2 considera niño o niña a toda persona desde su concepción hasta que cumple trece años de edad y adolescente a toda aquella desde los trece hasta que cumple dieciocho años de edad.”^{21,23}

La pubertad inicia con una serie de cambios neurohormonales, que conducen a conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto debido a que en el hipotálamo se libera la hormona estimulante de las gonadotropinas (GnRH), a la circulación portal hipofisaria, donde se estimula la secreción pulsátil de gonadotropinas adenohipofisarias a la circulación periférica. Ambas gonadotropinas, hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH), inducen la síntesis de estradiol por el ovario, que a su vez favorece el crecimiento del pecho y la maduración del sistema reproductivo femenino. Los andrógenos estimulan el crecimiento de vello púbico y axilar, la maduración de las glándulas sudoríparas apocrinas, son las responsables del sudor adulto y los cambios cutáneos relacionados con el acné. Los esteroides sexuales impulsan el gran crecimiento somático, característico de este período, en parte indirectamente, aumenta la secreción de hormona de crecimiento y el estradiol que es la principal hormona responsable de la maduración ósea en ambos sexos.²⁴

La edad de aparición de la pubertad es variable, con un amplio rango de la normalidad: el 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8,5 y los 13 años y el 95% de los niños entre los 9,5 y los 14 años. Desde hace 150 años, la pubertad inició en edades cada vez más tempranas, se adelantó 3 a 4 meses por decenio; el desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición de botón mamario. El tiempo en que las niñas completan la pubertad es de 4 años, sin embargo puede variar entre 1,5 a 8 años. La menarquia ocurre en el 56% de las niñas en el estadio 4 de Tanner y en el 20% en el 3.

Actualmente, la edad media de la menarquia está en los 12 años 4 meses. Durante este período, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional. Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en las siguientes etapas: ²²

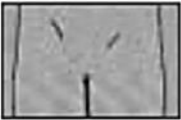
2.3.2.1. Adolescencia temprana (11-13 años)

Esta fase se caracteriza especialmente por el rápido crecimiento somático, y por la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Se evidencia la preocupación por los cambios físicos, la torpeza motora, se marca la curiosidad sexual, así como la búsqueda de autonomía e independencia por lo que los conflictos en la familia, maestros u otros adultos son más marcados. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad. ²⁴

La clasificación de las distintas fases de maduración puberal de Tanner (Fig. 1) es importante y de gran utilidad para poder utilizar un lenguaje común entre todos los profesionales que lo requieran. Estas variaciones provocan que se pierda la imagen corporal previa, genera gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma exploratoria. Se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares.

La capacidad de pensamiento es concreta, no percibe las implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen que son el centro de una gran audiencia imaginaria que constantemente les está observando, consideran que muchas de sus acciones estarán moduladas por este sentimiento. Su orientación tiende a ser existencialista, narcisista y se comportan tremendamente egoístas. ²⁵

Figura 1. Escala de Tanner

		Estadio 1. Pecho infantil, no vello púbico.
		Estadio 2. Botón mamario, vello púbico no rizado escaso, en labios mayores.
		Estadio 3. Aumento y elevación de pecho y areola. Vello rizado, basto y oscuro sobre pubis.
		Estadio 4. Areola y pezón sobreelevado sobre mama. Vello púbico tipo adulto no sobre muslos.
		Estadio 5. Pecho adulto, areola no sobreelevada. Vello adulto zona medial muslo.

Fuente: Revista Pediátrica de Atención Primaria, Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz, pág. 128. (25)

2.3.2.2. Adolescencia media (14-17 años)

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y los cambios son mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

La capacidad cognitiva es apta de utilizar el pensamiento abstracto, aunque puede ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable. Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; lo que facilita las conductas de riesgo que conllevan a la morbilidad entre ellos: El alcoholismo, tabaquismo, drogas, embarazos entre otros, este período de la vida

puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta y sino tiene el debido control puede ser nefasto.

Para las adolescentes es muy importante pertenecer a un grupo no les parece permanecer solas, se incluyen en grupos marginales, que pueden generar comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona. Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero prevalece el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.²⁶

2.3.2.3. Adolescencia tardía (17-21 años)

El crecimiento ha finalizado, son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todos lo consiguen. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos. El adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual.^{24,27}

2.3.3. Embarazo

La definición médica, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero, en unos cinco o seis días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.³

El embarazo tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 9 meses solares y aproximadamente 40 semanas de gestación²⁸.

El embarazo se puede clasificar como de bajo y de alto riesgo; cuando ocurre en los siguientes momentos:

- Embarazo de bajo riesgo: Es aquel en el que la madre o su hijo/a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.²⁹
- Embarazo de alto riesgo: Es aquel en el que la madre o su hijo/a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.³⁰

2.3.4. Embarazo en niñas y adolescentes

La Organización Mundial de la salud (OMS) define como adolescencia al *"período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica"* y fija sus límites entre los 10 y 20 años.^{31,32}

El embarazo en adolescentes se define como: *"el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen"*.³³ En esta misma línea el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) define el embarazo en las adolescentes como: *"El embarazo que ocurre en las mujeres entre las edades de 10 a 19 años."*³⁴

Los motivos de consulta pueden ser síntomas no relacionados con el embarazo como: gastritis, náusea, vómitos, sueño o insomnio, cefalea, debilidad. Otros motivos de visitas médicas frecuentes son: ausencia de menstruación, control prenatal, o bien complicaciones del embarazo como hemorragia infecciones urinarias, o bien búsqueda de apoyo para interrumpir el embarazo, entre otras.

El control prenatal de la adolescente debe cumplir las mismas acciones preventivas de una mujer adulta, haciendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Detección de factores de riesgo y factores protectores.
- Preparación psicológica y física de la adolescente para el nacimiento de la o el bebé.
- Información y educación para el autocuidado, lactancia, crianza de la o el niño y su proyecto de vida.
- Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y tardío.
- Alimentación durante el embarazo.

- Prevención de uso de drogas y alcohol.
- Sexualidad y afectividad.
- Modificaciones corporales en los diferentes trimestres.
- Paternidad y maternidad responsable.
- Estímulo de conductas que favorezcan el apego entre madre e hijo(a).
- Anticoncepción después del parto
- Prevención de ITS, VIH y SIDA.
- Reinserción al núcleo familiar, social y cultural.

Todo embarazo en la adolescencia es considerado de alto riesgo por lo que deberán referirse a un servicio de salud con especialistas en gineco-obstetricia.³⁴

2.3.4.1. Ámbito emocional

El problema del embarazo en la adolescencia es de causa multifactorial en el cual se ven implicados diferentes factores del tipo individual, familiar, social y cultural. A nivel individual existen factores que marcan el desarrollo intelectual, cognitivo y personal de cada adolescente, su contexto social, su niñez la cual en múltiples ocasiones se ve afectada por violencia intrafamiliar, falta de recursos y falta de educación. Estos factores conllevan a estas adolescentes a desarrollar una baja autoestima, a darse poco valor y a creer que no tienen la capacidad suficiente para lograr sus metas y tomar sus propias decisiones. Esta situación provoca falta en el desarrollo de su potencial intelectual y las vulnera a que sean frecuentemente engañadas u obligadas a realizar actos que ponen en peligro su vida e invaden su privacidad, por falta de conocimiento.

En el siglo XIX la pubertad de las adolescentes se marcaba a los 17 años, mientras que en el siglo XXI se marca a alrededor de 12-13 años, esta situación a que las adolescentes son fértiles a una edad más temprana, con una menarquia precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse en la adolescencia, esto conlleva a afrontar serias consecuencias al momento del parto.³⁴ El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha ido en crecimiento en nuestras sociedades, lo que permite mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales, dejando vago y ambiguo el rol de los jóvenes, por lo que establece expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.³⁵

Es preciso reconocer que durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, debido a la falta o deficiencia de una educación con respecto a la vida sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad,³⁵ los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. Generalmente cuentan con poca información sobre los temas de reproducción, sexualidad o tienen acceso restringido por razones económicas y culturales tienen acceso restringido tanto a los servicios de salud reproductiva, a los métodos de planificación familiar, como a la educación ya sea por un abandono escolar o por la misma pobreza, ocasionando que sean fácilmente engañadas o manipuladas por personas mayores, mal intencionadas o sin escrúpulos.³⁶

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la vida social y cultural es escasa o nula, es frecuente el fatalismo, el locus de control externo ocasiona que la condición de la mujer esté determinada por el matrimonio y la maternidad, lo que ocasiona que la adolescente sea incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo, siendo muchas veces obligadas por sus padres a casarse en matrimonios arreglados o intercambios por ganado, dinero, terrenos, entre otros.^{37,38}

Sin duda la familia es la institución básica que influye en el desarrollo emocional y brinda los cimientos para el desarrollo social de cada uno de los integrantes. Es un sistema social, que estimula y promueve el estado de salud y bienestar de los miembros que hacen parte de ella; al grado visibilizar que si cumple o deje de cumplir sus funciones básicas se hablará de funcionalidad o disfuncionalidad familiar.³⁹

La disfuncionalidad familiar predispone a presentar relaciones sexuales prematuras. Un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de cariño o apoyo de cualquier persona lo cual lo orienta a iniciar relaciones sexuales a temprana edad para encontrar alivio a la soledad y al abandono, tratan de huir de un hogar disfuncional amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se ha descrito como factores de riesgo asociados la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres así como la ausencia del padre, madre o ambos. Es importante reconocer que las adolescentes, sobre todo las

menores de 15 años, pueden vivir en relaciones de sometimiento y abuso que les impiden tener relaciones sexuales consensuadas o planificadas oportunamente.⁴⁰

Las zonas álgidas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, todo esto aunado a la falta de recursos, falta de acceso a los servicios de salud y falta de educación, provocan riesgo de embarazos en la adolescencia. Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, que modelan conductas que exacerban los impulsos sexuales y asocian el ejercicio precoz de la sexualidad con el prestigio social y el poder, contribuyen a la reducción de las barreras culturales que limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad o carencia de valores morales son otros factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.⁴¹

Se señala que una de las principales causas de embarazo en jóvenes y niñas es la violación sexual, que provoca problemas de salud y consecuencias graves para las futuras madres, además de daños mentales, físicos, psicológicos y sociales. La maternidad en las adolescentes y niñas es un síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra enlazado con problemas de falta de educación, pobreza, violencia sexual, contexto familiar y transgresión de los derechos humanos. Diferentes son los factores que inciden en los embarazos de jóvenes y niñas menores de 14 años, dichos embarazos producto de la violación son no deseados, los cuales están relacionados con relaciones sexuales forzadas y con la explotación sexual.

2.3.4.2. Consecuencias (madre-bebé)

El embarazo en edades tempranas de la vida, constituye en la actualidad, un reto de gran importancia y trascendencia. Sus consecuencias repercuten en la calidad de vida de la joven madre, de su familia y determina un riesgo grave y predispone para su descendencia, por lo que es preciso trabajar mucho en ello para que las cadenas se erradiquen definitivamente.⁴²

Estas jóvenes suelen tener dificultades para diferenciarse del bebé y cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño o maltratarlo, priorizan sus necesidades sobre las del niño. Ellas son aún demandantes y no cuentan con capacidad para educar a un hijo. Como adolescentes que son, se comportan como tales, muestran un bajo nivel de

tolerancia a las frustraciones, no comprenden que el bebé no es ni se comporta como ellas quieren. En tal sentido pueden llegar a enojarse con el niño lo que genera vulnerabilidad y riesgo para el niño ante cualquier adversidad.^{38,43}

El futuro de la joven madre es incierto, es frecuente el abandono de los estudios, lo que reduce sus oportunidades futuras y sus posibilidades de realización personal. A mediano y largo plazo, le será muy difícil conseguir empleos más o menos estable, con remuneración adecuada, acordes a su capacidad, donde se respete su maternidad con los beneficios sociales que corresponden.⁴³ En cuanto al hijo, las repercusiones comienzan en el útero debido a desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general.⁴⁴

Los hijos de madres adolescentes tempranas tienen un riesgo mayor de infecciones tipo sepsis, meningitis y neumonía no asociadas a la atención en salud, de infecciones asociadas a la atención en salud, de sífilis congénita, de paladar hendido y de mortalidad, sin mencionar la negligencia de los cuidados de salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. También la alta proporción de hijos ilegítimos, lamentablemente en estas sociedades, limita sus derechos legales y el acceso a la salud.⁴⁴

2.3.4.2.1. Consecuencias biológicas en la adolescente embarazada

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo. La adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes.⁴⁵

Se ratifica una vez más que los diámetros pelvianos de las adolescentes no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de forma casi general, la mayoría de las adolescentes son primigestas, lo cual constituye un riesgo.⁴⁶

Por estas y otras razones, el embarazo precoz puede provocar, entre muchas consecuencias adversas:

- Preeclampsia o hipertensión inducida por la gestación, frecuentemente en primigestas de bajo nivel socioeconómico.
- Insuficiencia del mecanismo inmunológico adaptativo, lo cual permite la estrecha relación entre el organismo materno y el feto, que tiene 50% de estructura antigénica de origen paterno y puede ser a su vez causa de hipertensión y otras graves alteraciones inmunológicas, capaces de provocar abortos.

Se describe un “síndrome de mala adaptación circulatoria” por inadecuado funcionamiento de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria durante el embarazo, que tiende a ocasionar:⁴⁷

- Hipertensión arterial materna
- Prematuridad
- Retardo del crecimiento intrauterino (CIUR)
- Desprendimiento prematuro de la placenta

En la primera mitad del embarazo son comunes la anemia, las infecciones urinarias y los abortos espontáneos; en la segunda mitad la hipertensión arterial, las hemorragias, la insuficiente ganancia de peso, asociada a una deficiente nutrición, síntomas de parto anticipado, rotura prematura de membranas y otros.

Durante el período del parto predominan las malas posiciones y presentaciones fetales por la desproporción cefalopélvica, distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas que predisponen a sepsis y otras complicaciones, desgarros, hemorragias e infecciones secundarias por la difícil manipulación, debido a la estrechez de su “canal blando” y de la pelvis.⁴⁸

En el producto de la concepción prevalecen el bajo peso al nacer, tanto por prematuridad como por deficiente desarrollo para la edad gestacional por ende, es un recién nacido propenso a presentar sepsis y otras enfermedades, que constituyen un alto riesgo y se convierten en un problema biológico y social. Se ha confirmado que la

mortalidad infantil en este grupo duplica o triplica la de los neonatos de madres mayores de 20 años.⁴⁸

2.3.4.2.2. Consecuencias psicosociales en la adolescente embarazada

El embarazo en niñas y adolescentes cuando se da por abuso sexual o por violación por lo regular se acompaña por crisis depresivas que dificultan la toma de decisiones y es necesario el apoyo psicológico profesional. Los embarazos en este grupo aumentan el riesgo de morir o de contraer enfermedades sexuales, si no se les da una atención adecuada. Esto sin mencionar la vulnerabilidad para contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH SIDA. La falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes crea barreras en el sistema judicial y entre el personal de salud para denunciar estos actos de violencia^{48,49}.

En la recuperación de las niñas y jóvenes que fueron víctimas del abuso sexual no solamente se debe tomar el esfuerzo directamente de las implicadas si no que una toma de conciencia de la sociedad para no crear un sentimiento de culpa y vergüenza en las abusadas. Muchas jóvenes y niñas no recurren a hospitales o comisarias dejando un caso más de violación sexual sin investigar. Una de las deducciones de las violaciones es de carácter familiar los cuales se fijan relaciones entre las personas de la misma familia debido a la cercanía del agresor.

Se advierte que el mayor riesgo en el embarazo precoz depende más de las variables socioculturales que de las fisiológicas. Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y el ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.⁴⁹

La futura madre adolescente se enfrenta a las inquietudes propias de la gravidez; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal, teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del grupo familiar. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los

estudios y quizás no poder continuarlos, dejar de divertirse, atender a su bebé y amamantarlo cada vez que lllore, entre otros aspectos pueden provocar estrés, fatiga, desinterés y trastornos de la personalidad.

La madre adolescente no tiene un orden de valores que le permita priorizar problemas o soluciones por lo cual, si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero tendrá la añoranza de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos. Esta falta de organización de valores es típica de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo, durante el cual va incorporando una nueva concepción del mundo, aún se guía por criterios valorativos externos y convicciones inestables, estereotipadas y variables.⁴⁹

2.4. Marco legal y marco político

Las bases legales para la presente investigación se encuentran representadas, en primer lugar por la Declaración de los Derechos Humanos, la que establece que toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en la misma, sin distinción alguna de etnia, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole de origen nacional o social, posición económica nacimiento o cualquier otra condición. También reconoce el carácter humano, la dignidad y el derecho a una vida libre de violencia, tanto del hombre como tal, así como de aquellos grupos que estuvieron excluidos en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, resultado de la Revolución Francesa, entre ellos: La clase trabajadora, los pueblos indígenas, la niñez, las mujeres, personas de la tercera edad y personas con capacidades especiales, entre otros.⁵⁰

Es importante señalar que entre las leyes que protegen a las adolescente figuran las siguientes: “*Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia*”, que en el Decreto Número 23-2000 del Congreso de la República de Guatemala, Artículo 11, regula que “*todo niño, niña y adolescente tiene derecho a ser protegido contra toda forma de descuido, abandono o violencia, así también a no ser sometido a torturas, tratos crueles, inhumanos o degradantes.*”⁵¹

También se cuenta con la ley contra la violencia sexual, explotación y trata de personas, se refiere a la violencia sexual, explotación y trata de personas, es una reforma

del Código Penal, en ella se aumenta la pena de prisión en estos delitos y se establece que *“siempre que se comete el delito de violación, cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aun cuando no medie violencia física o psicológica.”*⁵¹, entre otras leyes como la Ley de Desarrollo Social, que trata lo referente a la maternidad y paternidad saludable, como una política de desarrollo social y población; así como la Ley de Maternidad Saludable, promueve el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa a servicios de calidad antes y después del embarazo, parto o post parto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.⁵²

El Código Penal que se mencionó, contempla los delitos de violación y agresión sexual, fue reformado en el 2009 no restringe a un acceso carnal no consensuado, sino amplía el tipo penal a tres vías de penetración y a la tipificación expresa de que toda relación sexual con un menor de 14 años es considerada como violación.⁵³

Su objetivo consiste en garantizar y proteger la vida humana al establecer acciones de coordinación permanente entre las instituciones que son parte del mismo, proporciona atención digna e integral a víctimas de violencia sexual y/o maltrato que ingresen al sistema de justicia penal por los hospitales de la red pública. Como parte de su mandato la Procuraduría de los Derechos Humanos elaboró en febrero de 2013 el primer informe de verificación, seguimiento y monitoreo de la implementación de su compromiso interinstitucional. En él se visibilizan avances y debilidades para atender a las víctimas de violencia sexual, así como recomendaciones para cada institución involucrada.⁵⁴

Adicionalmente, como parte de la coordinación interinstitucional, en el marco de la Carta de Entendimiento entre la Secretaría contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas (SVET), el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para la implementación de la ruta de atención a niñas y adolescentes embarazadas, se elaboraron la Ruta de Abordaje para la Atención Integral de Embarazos en Niñas y Adolescentes Menores de 14 años, la que constituye un logro fundamental para la atención integral de las niñas y adolescentes que a temprana edad se convierten en madres, así como visibilizar y tipificar como delito de violación toda relación sexual con

una niña menor de catorce años de edad. La ruta crítica se aplica desde octubre del año 2012.

2.4.1. Análisis de situación embarazo en niñas y adolescentes en Guatemala

Un embarazo en adolescentes, *“es un embarazo no planeado ni esperado que ocurre en una mujer o en una pareja que está económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica”*.⁵⁵

Lo anterior destaca el estado gestacional de una mujer menor de 14 años, adolescencia temprana, o menor de 19 años, adolescencia tardía.⁵⁶ En Guatemala según el Registro Nacional de Personas (RENAP), en el 2015 se reportaron 83 mil 483 nacimientos en adolescentes, de los cuales 2,947 correspondieron a madres entre 10 y 14 años (anexo 5, gráfica No. 1). Solamente, durante el primer trimestre del año 2016 se reportaron 9 mil 829 nacimientos en madres de entre 10 a 17 años, de los cuales 687 comprendían entre los 10 a 14 años de edad. En comparación de los años 2011-2013 donde los reportes del Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) indican un total de 7,627 casos de embarazos en niñas y adolescentes, esto genera un descenso importante frente a las 3,634 adolescentes reportadas en los últimos dos años. Sin embargo los datos no dejan de ser alarmantes para la sociedad que afecta el desarrollo de las mujeres guatemaltecas y es un riesgo para la salud tanto sexual como reproductiva en los adolescentes.⁵⁷

Es preciso señalar que se ha dado importancia al esfuerzo y uso de recursos para prevenir el embarazo en las adolescentes entre 15 a 19 años de edad. No obstante las adolescentes con mayor vulnerabilidad y con mayor riesgo de sufrir complicaciones o llegar hasta la muerte durante el parto son las que tienen 14 años o menos. Por lo general, estas adolescentes no son tomadas en cuenta en las instituciones nacionales de salud, por lo que quedan fuera del alcance y atención, esto desencadena problemas que conllevan a un caos social.⁵⁸

Según estudios realizados por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductivo (OSAR) sobre la situación pública de los embarazos en Guatemala se concluyó que dicha

problemática tiene relación directa con la pobreza y pobreza extrema, reportándose así la mayor cantidad de embarazos a temprana edad en zonas marginadas al limitar su desarrollo personal y familiar. Socialmente los embarazos durante la adolescencia traen como consecuencia la pobreza que es llevada generación tras generación se advierte que la falta de condiciones para el desarrollo, los padres heredan a los hijos poca calidad de vida.

Algo que no puede ignorarse es que muchos de los embarazos en niñas y en adolescentes se producen por incesto, violaciones, falta de información sobre sexualidad y de apropiación de su cuerpo, por carecer de un proyecto de vida, sin contar con suficientes recursos emocionales, físicos y materiales para hacer frente a las circunstancias. Lo lamentable es que esta situación es producto de las desventajas sociales en que transcurre la vida de cientos de miles de mujeres jóvenes y adolescentes.

Al analizar la gráfica No 2. (anexo 5) del año 2013, se observa que el departamento de Huehuetenango reporta anualmente más casos en cuanto a embarazos en adolescentes de 10 a 14 años, en este año reportaron 4354 casos. También destaca la baja incidencia de casos de embarazos en adolescentes en los departamentos de: El Progreso, Totonicapán y Sacatepéquez, no excede de los 200 casos.

La gráfica 3 (anexo 5) del año 2014 muestra casos, de embarazos adolescentes entre 10 a 14 años, reportados según departamentos en el año 2014 con un total de 5119, 1416 más que el año anterior. Al analizar la gráfica del 2014 se observa que al igual que años anteriores, el departamento de El Petén, seguido de Guatemala, los departamentos con menor notificación son Zacapa e Izabal.

La gráfica No. 4 (anexo 5) del año 2015 muestra los casos reportados según departamentos durante el 2015 con un total de 2786, con una disminución de 2333 a comparación del año anterior, lo que indica un avance en cuanto a las acciones del Ministerio de Salud Pública y de entidades incluidas en el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva.

La gráfica No. 5 (anexo 5) del 2016 muestra casos reportados según departamentos durante los meses de enero a marzo con un total de 687 casos de

embarazos adolescentes entre 10 a 14 años. Al analizar la gráfica se observa que el departamento en el cual predomina el embarazo adolescente es Huehuetenango. El departamento de Sololá cuenta con la menor notificación de casos.

2.5. Dimensión metodológica

El estudio que se presenta a continuación es un cualitativo con diseño fenomenológico y técnica de historia de vida. La selección de participantes se realizó por medio de informantes clave, a través de una entrevista a tres adolescentes con historia de haber presentado un embarazo en la adolescencia temprana, entre las edades de 12 y 13 años, dos de las cuales son del área rural y una del área urbana. El muestreo es no probabilístico de caso reputado.

La historia de vida inicia mediante el análisis de los datos obtenidos por un proceso de indagación, basado en entrevistas semi-estructuradas que se realizarán entre las investigadoras y las autoras de los relatos, en las cuales ellas podrán exponer sus sentimientos, pensamientos y valores más íntimos, para que los investigadores puedan contextualizar el relato de una forma veraz, sin interferir la subjetividad a la hora de transcribir las historias por parte de los mismos. Según el estudio a realizar se pueden clasificar en la categoría de riesgo I (sin riesgo). Se les proveerá un consentimiento informado tanto a las participantes como a las madres de las participantes o representantes legales, en el caso de que sean menores de edad, se aclara que se respetará sus derechos de autonomía.

2.5.1. Primera adolescente

El encuentro y acercamiento con la primera adolescente comenzó cuando se le informó al director del Centro de Salud de Villa Canales sobre el tema de investigación. Dentro de la selección de informantes clave para dar con la ubicación de la participante, se contó con la ayuda de la enfermera profesional y la trabajadora social de la comunidad, también se hizo uso de las SIGSAS 3C/S y con datos de la psicóloga de la institución. Se les comentó del tema de la investigación y se decidió abordar a una niña de 16 años residente de la Aldea el Jocotillo, quien estuvo embarazada a la edad de 12 años; sin embargo al mes de nacido su bebé falleció, por lo que fue un caso trascendental en dicha comunidad. Por tal razón, las investigadoras junto con la comadrona, la enfermera y la trabajadora social se dirigieron a su casa y le explicaron su interés porque ella pudiera

compartir sus experiencias de los temas en gestión, lo que abarcaba el tema del embarazo en adolescentes y su visión acerca de los mismos temprana edad, como también la forma en que se enfrentó a la comunidad, al ámbito educacional, los sistemas de salud en su propia vida.

En el curso de la entrevista previa y a medida que se platicó con ella, la adolescente, se interesó en el trabajo al punto de solicitar que la entrevista se llevara a cabo ese mismo día ya que estaba de acuerdo y motivada por la familia, en que se documentara su historia de vida para que de esa manera, se pueda entender con su experiencia la percepción, el sentir y pensar de una niña que se vuelve madre antes de los 14 años. Se le explicó que la información sería recabada por medio de la utilización de una entrevista semi-estructurada, en la cual sería grabada y se le harían preguntas previamente planteadas.

2.5.2. Segunda adolescente

El encuentro y acercamiento con la segunda adolescente comenzó cuando se le comentó el tema de investigación a la directora del Centro de Salud de Santa Lucía Cotzumalguapa. Dentro de la selección de informantes clave para dar con el paradero de la segunda participante, se contó con la ayuda del trabajador social de la comunidad, con quien se habló del tema de la investigación y que por medio del uso de las SIGSA WEB informó de una joven de 19 años que actualmente reside en la colonia 8 de febrero, quien estuvo embarazada a la edad de 13 años. Por tal razón, las investigadoras se dirigieron a dicha colonia y por medio de otros informantes clave, el dueño de una tienda y algunos vecinos en dicha colonia encontraron su casa, confirmaron que aún vivía en ese sector así que tuvieron la oportunidad de comentarle el objetivo de la visita, que pudiera compartir su experiencia en el tema en gestión, cómo cambió su vida, entender cómo piensa y qué se siente ser una niña que se convirtió en madre antes de los 14 años.

En el curso de la entrevista hubo confusión respecto al tema y se sorprendió de cómo y por qué se tenía conocimiento de su caso pero a medida que platicaba con ella y se le explicaba de que se trataba, la participante que ahora tiene 19 años y madre de dos niños se interesó en la investigación, hasta lograr que estuviera completamente de acuerdo con la entrevista, motivada a compartir su historia de vida, lo que pensó y como se sintió durante esta etapa de su vida. Se le explicó que el procedimiento se llevaría a

cabo mediante la utilización de una entrevista semi-estructurada, en la cual sería grabada y se harían preguntas previamente planteadas que si en algún momento se sentía incomoda podía decidir seguir con la entrevista o continuar otro día, así como también la opción de abandonar la investigación si cambiaba de parecer, con lo cual se sintió conforme y decidió firmar el consentimiento y asentimiento informado.

2.5.3. Tercera adolescente

La localización de la tercera adolescente fue gracias a la ayuda de informantes clave a los cuales se les comentó el tema de investigación. Una de las informantes y familiar de la adolescente, platicó con la madre de la niña y le comentó el interés de los investigadores acerca del tema que querían tratar con su hija, se logró que la señora autorizara el acercamiento con la adolescente. Se llegó a su residencia ubicada en la colonia Bethania, zona 7 de la ciudad capital. El acercamiento fue un poco complicado ya que la madre se mostró un poco sorprendida al momento en que las investigadoras se presentaron en su hogar, sin embargo la tía (informante clave) ayudó para poder establecer mejor comunicación entre ambas.

Durante la entrevista, tanto la madre como la hija se notaron muy sensibles ante el tema ya que la niña estuvo embarazada a la edad de 12 años 5 meses y según palabras de la madre, fue un momento *"lleno de pruebas y dificultades"* por ser madre soltera tuvo problemas en su trabajo porque el embarazo fue complicado, tuvo amenazas de aborto por lo que se quedaba en casa cuidando a su hija. Actualmente la adolescente tiene 17 años y tras la amplia explicación del tema de investigación decidió participar en la misma, dio su testimonio, con consentimiento de la madre. Se detalló el procedimiento a seguir, indicando que se realizarían entrevistas semi-estructuradas de una o dos horas aproximadamente y que si en algún momento se sentía incómoda con la entrevista, ésta podría parar y continuar otro día; también se le informó que en cualquier momento puede abandonar la investigación si cambia de opinión. Se estableció que las entrevistas serán realizadas en su vivienda ya que manifestó que es un lugar en donde ella se siente cómoda y segura para realizarla, por lo que se llevará acabo como ella lo decide con el fin de documentar lo mejor posible su caso y poder dar a conocer su experiencia.

La historia de vida, entendida como el texto construido a partir de la edición de las grabaciones, los relatos que se presentan más adelante, no escritos por sus

protagonistas, sino reconstruidos, interpretados y analizados por los investigadores, pues su función no concluye con la elaboración del texto autobiográfico, sino que con la precisión de reflexionar, criticar y contextualizar oportunamente.⁵⁹ La motivación de este estudio se inicia con tres historias de vida pero continúa con la finalidad de entregar una visión sobre las experiencias, pensamientos y sentir de las adolescentes madres menores de 14 años que residen en diferentes municipios y departamentos de Guatemala.

Se recalca que para ellas la cotidianeidad de ser adolescentes es aquello que les ha permitido enfrentar diversos y continuos cambios. Por lo tanto, la presente investigación es un estudio cualitativo con diseño fenomenológico y técnica de historia de vida que pretende indagar en los significados de la maternidad para adolescentes menores de 14 años en el contexto de su perceptiva de vida y de los cambios a los que están sujetas; no se pretende hablar por las participantes, sino se comprenderá la perspectiva que tienen de los embarazos en adolescentes.

La orientación metodológica general es la cualitativa, pues privilegia el conocimiento subjetivo y profundo entre los involucrados en la investigación. Su eje central es conocer e interpretar la perspectiva, el pensamiento y el sentir de las adolescentes embarazadas menores de 14 años, intentando comprender su punto de vista, por medio de una entrevista directa con conceptos flexibles para que de esta manera se pueda modificar y adaptar, a medida que se vayan produciendo nuevos hallazgos.

El punto fundamental y medular en la aplicación de esta metodología es que hay un proceso constante de interpretación y reinterpretación que no solo enriquece el texto construido, sino también la relación social que se encuentra en su base, pues la investigación debe ser construida en conjunto, entre investigadoras y participantes; lo que otorga a sus vivencias una perspectiva inductiva que necesita alimentarse de las variadas interpretaciones que los sujetos hacen de su entorno y de sus propias prácticas.⁶⁰

3. OBJETIVOS

3.1. General

Explorar el significado de vivir un embarazo en la adolescencia en los departamentos de Escuintla, municipio Santa Lucía Cotzumalguapa; de Guatemala municipio de Villa Canales y de la ciudad capital, en los meses de mayo y junio de 2017.

3.2. Específicos

3.2.1. Describir la vida antes del embarazo.

3.2.2. Describir la vida durante el embarazo.

3.2.3. Describir la vida después del embarazo.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio y diseño metodológico

Estudio cualitativo con diseño fenomenológico y técnica de historia de vida.

4.2. Unidad de análisis

4.2.1. Unidad de análisis

Información proporcionada sobre la percepción de adolescentes madres menores de 14 años ante el embarazo que se recolectó mediante técnica de historia de vida.

4.2.2. Unidad de información

Adolescentes madres menores de 14 años de edad.

4.3. Población

4.3.1. Población a estudio

Para la realización y construcción de historia de vida se tomó en cuenta a tres adolescentes madres menores de 14 años y se aplicaron entrevistas semi estructuradas.

4.3.1.1. Perfil del sujeto de estudio

En el estudio se incluyó adolescentes del sexo femenino de los departamentos de Guatemala y Escuintla que fueron madres antes de los 14 años de edad y que accedieron a participar en el estudio de forma voluntaria y bajo el consentimiento de los padres de familia.

4.3.1.1.1. Primera adolescente

Adolescente de 16 años de edad con antecedente de haber presentado un embarazo temprano a los 12 años de edad; es residente de la aldea El Jocotillo, ubicada en el municipio de Villa Canales, del departamento de Guatemala, localizada gracias a la colaboración de informantes clave del Centro de Salud del mismo municipio y la comadróna de la aldea el Jocotillo.

4.3.1.1.2. Segunda adolescente

Adolescente de 19 años de edad con antecedente de haber presentado un embarazo temprano a los 13 años de edad, quien es residente de la colonia 8 de febrero ubicada en

el municipio de Santa Lucia Cotzumalguapa del departamento de Escuintla, localizada gracias a la ayuda de informantes claves del Centro de Salud del Municipio antes mencionado, encontrada por medio de la SIGSA WEB y por la colaboración de vecinos que dieron con el lugar exacto de su residencia.

4.3.1.1.3. Tercera adolescente

Adolescente de 17 años de edad con antecedente de haber presentado un embarazo temprano a los 12 años 5 meses, la cual es residente de la Colonia Bethania zona 7 de la ciudad capital. Fue localizada por medio de informantes clave de la colonia.

4.4. Técnica, procedimiento e instrumentos que se utilizaron en la recolección de información

4.4.1. Técnica e instrumentos utilizados en la recolección de información

Para la investigación se utilizó la técnica de historia de vida en donde a las participantes se les realizó una entrevista, en la cual se sintieron en confianza de darnos su perspectiva profundizando sobre la vida de una adolescente embarazada.

La entrevista fue realizada mediante preguntas con respuesta abierta previamente adaptadas al lenguaje de una adolescente para que fueran fáciles de comprender. Constaba de tres apartados según las etapas de: antes, durante y después del embarazo. En cada categoría había varias preguntas las cuales se llevaron a cabo en un lugar previamente seleccionado por las adolescentes en donde ellas se sintieran cómodas de expresarse con libertad.

Cada entrevista se realizó de la siguiente manera:

- Primera adolescente. Domingo 14 de mayo de 2017, 10:00 horas, residencia ubicada en la aldea El Jocotillo, en el municipio de Villa Canales del departamento de Guatemala.
- Segunda adolescente. Miércoles 17 de mayo de 2017, 17:00 horas, residencia ubicada en la Colonia 8 de febrero, en el municipio de Santa Lucia Cotzumalguapa del departamento de Escuintla.
- Tercera adolescente. Jueves 18 de mayo de 2017, 13:00 horas, residencia ubicada en la Colonia Bethania zona 7 de la ciudad capital del departamento de Guatemala.

Todas las participantes según su conocimiento, ideas y percepciones respondieron a las interrogantes durante la entrevista. Fue necesaria la grabación en audio y toma de notas por las observadoras para el análisis que se realizó.

4.5. Procedimientos

4.5.1. Etapa descriptiva

Con esta etapa se realizó una descripción del fenómeno de estudio, lo más completa posible y sin prejuicios, que refleja la realidad vivida por las adolescentes, su mundo y su situación en la forma más auténtica.⁶¹ La cual fue llevada a cabo en dos pasos:

4.5.1.1. Elección de la técnica o procedimiento

Se trabajó con entrevistas semi estructuradas, abiertas y flexibles que se adaptaron a la singularidad de cada adolescente.

4.5.1.2. Aplicación de la técnica o procedimiento estructurado

Se realizó la entrevista semi estructurada, con ayuda de grabadora de voz y notas escritas por las entrevistadoras.

4.5.2. Etapa estructural

Ya realizadas las entrevistas, se procedió a transcribir los audios y complementarlos con las notas obtenidas por la observadora con el fin de estructurar y enriquecer la información obtenida.

4.5.3. Etapa de discusión de resultados

En esta etapa se relacionaron los resultados obtenidos a partir de la revisión sistemática de cada entrevista para efectuar el análisis, la discusión y las conclusiones para entender mejor las posibles diferencias o similitudes entre cada adolescente.

4.6. Instrumento de recolección de datos

En esta sección, las investigadoras utilizaron la entrevista semi estructurada como instrumento de recolección de datos mediante el uso de los recursos necesarios para

documentar la información obtenida que posteriormente, se empleó para la realización del análisis, discusión y conclusiones.

4.6.1. Historia de vida

La historia de vida se llevó a cabo mediante el análisis de los datos obtenidos por un proceso de indagación, basado en entrevistas semi-estructuradas que se llevaron a cabo entre las investigadoras y las autoras de los relatos, en las cuales ellas expusieron sus sentimientos, pensamientos y valores más íntimos, para que las investigadoras pudieran contextualizar el relato de una forma veraz, sin interferir en la subjetividad al transcribir las historias por parte de las mismas. Estas entrevistas se llevaron a cabo utilizando una grabadora de voz y preguntas previamente estructuradas, lo que facilitó la recolección de datos en forma ordenada cronológicamente por categoría y eje temático de interés.

4.7. Procesamiento y análisis de los datos

4.7.1. Método de análisis

El proceso de análisis de datos cualitativos fue:⁶²

- Reducción de los datos
- Disposición y transformación de los datos
- Obtención de resultados y elaboración de las conclusiones

4.7.2. Reducción de los datos

Se redujeron los datos mediante la separación de unidades de contenido, determinando las categorías: antes, durante y después del embarazo. Posteriormente, se identificaron y clasificaron las palabras claves obtenidas en las entrevistas mediante la elaboración de códigos, que luego se sintetizaron y agruparon para la creación de subcategorías:

- Categoría 1: Vida antes del embarazo
 - Niñez
 - Núcleo familiar
 - Sexualidad
- Categoría 2: Vida durante el embarazo
 - Descubrimiento del embarazo
 - Sentimientos durante el embarazo

- Parto
- Categoría 3: Vida después del embarazo
 - Bebé

4.7.3. Disposición y transformación de los datos

Se elaboró tablas de contenido en las cuales se clasificaron los códigos por subcategorías, incluyendo los relatos de las participantes y el análisis de las entrevistadoras para la posterior triangulación. Con la información obtenida, se realizaron diagramas de los conceptos en discusión.

4.7.4. Obtención de resultados y verificación de las conclusiones

La obtención de resultados y la elaboración de conclusiones se llevaron a cabo mediante el análisis y triangulación de las tablas de texto en donde se documentaron los fragmentos de las narrativas de las participantes e interpretaciones de las investigadoras.

Se redujo todo el contenido para dar respuesta a los objetivos específicos en forma directa. Con los datos obtenidos se destacaron expresiones, frases, oraciones y párrafos que resultaron significativos para resolver las interrogantes que se plantearon los objetivos.

Para que las conclusiones tuvieran un valor científico se tomaron en cuenta los siguientes criterios de verificación:

a. Credibilidad

Mediante las conversaciones de las investigadoras con las participantes del estudio, se recolectó información, que produjo hallazgos en relación a lo que pensaban y sentían, quedando documentado en una grabadora de voz. Los resultados reflejan una imagen clara y representativa del embarazo en adolescentes.

Se resguardó las notas que surgieron durante las entrevistas en las cuales se documentó emociones y expresiones reflejadas por las participantes. Se transcribió las entrevistas textualmente para respaldar los significados e interpretaciones presentadas en los resultados del estudio.

Durante la triangulación de los datos obtenidos se visualizó de manera más amplia el grupo de adolescentes en estudio, se comparó los datos obtenidos con la revisión bibliográfica para determinar la congruencia entre los resultados y desarrollar una interpretación global del fenómeno humano a estudio.

b. Dependencia

Las participantes se seleccionaron por las características determinadas en el inicio de la investigación utilizando como criterio principal el haber tenido un embarazo antes de los 14 años. Se hizo uso de informantes clave para determinar su ubicación, los cuales fueron de ayuda para facilitar la comunicación. Se explicó a las participantes y a sus madres, el motivo del estudio y cómo se llevaría a cabo la investigación mediante el consentimiento y asentimiento informado.

d. Confirmabilidad

La información obtenida a través de la grabadora de voz fue transcrita y luego presentada a la asesora y revisora de la investigación para corroborar las interpretaciones realizadas en las triangulaciones.

4.8. Alcances y límites

4.8.1. Alcances de la investigación

La presente investigación logró mediante técnicas descriptivas, evidenciar la percepción de las adolescentes madres menores de 14 años ante las diferentes situaciones, fenómenos y eventos vividos por ellas mismas antes, durante y después del embarazo.

4.8.2. Limitaciones de la investigación

Dado a que la entrevista se llevó a cabo en un lapso de tiempo prolongado desde el momento del embarazo, las adolescentes pudieron haber pasado por alto información relevante para el estudio realizado.

4.9. Aspectos éticos de la investigación

Según el estudio realizado se puede clasificar en la categoría de riesgo I (sin riesgo), la cual comprende los estudios que utilizan técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación con las variables fisiológicas,

psicológicas o sociales de las personas que participan de dicho estudio, por ejemplo, encuestas, cuestionarios, revisión de expedientes clínicos y otros documentos, o bien como en este caso entrevistas, ya que no invaden la intimidad de la persona.⁶³

Para la ejecución se les brindó un consentimiento informado tanto a las participante como a las madres de la participantes o representantes legales, a las que aún eran menores de edad, en el que constató que se respetarían sus derechos de autonomía al acceder o no a ser partícipes de la investigación. Se reunió información sobre experiencias vividas de las adolescentes con relación a sus embarazos en la adolescencia temprana, mediante una entrevista que se grabó a través de preguntas previamente formuladas. Durante la realización de la investigación no se realizó ninguna acción que provocara perjuicio a la integridad de las adolescentes. Se mantuvo sus identidades en anonimato y se omitió toda información que pudiera revelar la identidad de las participantes a terceros.

5. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

5.1. Adolescente 1: “Andrea”

Para la obtención de la información se realizó la entrevista semi estructurada en la casa de la participante ubicada en la Aldea el Jocotillo, en el municipio de Villa Canales, del departamento de Guatemala. La entrevista se llevó a cabo en un día; durante la actividad se le asignó a la adolescente y a las entrevistadoras los siguientes códigos para proteger su identidad ya que la adolescente es menor de edad y se especifica en el consentimiento y asentimiento que su nombre real no será publicados en el estudio.

P1: Participante 1 (Andrea) nombre ficticio.

E1: Entrevistadora 1 (Verónica Ríos)

E2: Entrevistadora 2 (Lucía Godoy)

E3: Entrevistadora 3 (Kathia Domínguez)

Por decisión de la participante, la entrevista fue realizada por las tres entrevistadoras. La participante tenía el antecedente de muerte neonatal de su primer hija y actualmente cursa con un embarazo de 8 meses, es aún menor de edad.

5.2. Adolescente 2: “María”

Para recabar la información de la segunda participante, se realizó la entrevista semi estructurada en la casa de la participante ubicada en la colonia 8 de febrero, en el municipio de Santa Lucia Cotzumalguapa, del departamento de Escuintla. La entrevista se llevó a cabo en un día; durante la actividad se le asignó a la adolescente el código P2 (María) nombre ficticio elegido por ella, con el fin de proteger su identidad ya que se especifica en el consentimiento y asentimiento que su nombre real no será publicados en el estudio. Las entrevistadoras continuaron con los códigos ya establecidos previamente.

La participante es actualmente mayor de edad, casada, con dos hijos ambos concebidos siendo menor de 14 años de edad con período intergenésico corto.

5.3. Adolescente 3: “Anita”

Para captar la información de la tercera participante, se realizó la entrevista semi estructurada en la casa de la participante ubicada en la Colonia Bethania zona 7 de la ciudad capital. La entrevista se llevó a cabo en un día; durante la actividad se le asignó a

la adolescente el código P3 y el nombre “Anita” elegido por ella; con el fin de proteger su identidad ya que la adolescente es menor de edad y se especifica en el consentimiento y asentimiento que su nombre real no serán publicados en el estudio. Las entrevistadoras continuaron con los códigos ya establecidos previamente.

La participante fue abandonada por su pareja al tener conocimiento del embarazo, actualmente es menor de edad y trabaja como empleada doméstica.

5.4. Categoría 1. Vida antes del embarazo

Tabla 5.1.1				
Subcategoría: Niñez				
Ideas clave				
Códigos	P1 "Andrea"	P2 "María"	P3 "Anita"	Entrevistadoras
Felicidad	<i>"Pues bien porque no tenía una responsabilidad, o sea que hacía lo que la mente o lo que uno chiquito quisiera"</i>	<i>"Feliz"</i> (<i>"María"</i> comentó que de pequeña era feliz estando en su casa) <i>"Con mi mama"</i> <i>"Que me enseñe lo que ella hace de la cocina"</i> (refiriéndose a con quien le gustaba estar, cuando no se encontraba jugando)	<i>"Feliz, yo salía a jugar con mis amigas, me sentía feliz"</i>	Las tres adolescentes se refieren a la niñez como una etapa de felicidad, sin preocupaciones ni compromisos, en parte debido, a la ausencia de responsabilidad. Al relatar las vivencias de su infancia, la expresión facial de las adolescentes reflejaba alegría.
Jugar	<i>"Si, solo eso me gustaba jugar (pelota)"</i> <i>"Si, futbol"</i> (comentó que era lo que le gustaba jugar con la pelota, en el patio de la casa con sus primos)	<i>"De muñecas"</i> <i>"Eh, correr y jugar de yakis"</i> <i>"De pelota"</i> <i>"Con mis amigas, las vecinas que están a la par."</i> (era otra de las actividades que le gustaba realizar)	<i>"A la cuerda también jugábamos"</i> <i>"... jugábamos a las escondidas, a las maestras"</i> <i>"A la maestra"</i> (refiriéndose a que era lo que más le gustaba jugar, porque era lo que quería ser de adulta)	Con alegría recordaban los diferentes juegos tradicionales que compartían por las tardes junto con sus amigas, familiares y vecinos.

Amiga/o	<i>"...solo con ella, juntas, jugando lotería o haciendo alguna cosa, hasta hoy día somos solo juntas"</i>	<i>"Con unas mis amigas (jugaba)" "Con mis amigas, las vecinas que están a la par."</i>	<i>"Eran amigas de la colonia" "...en la escuela jugaba con mis amiguitas." "...íbamos a ver televisión a una de las casas de los amigos de mi hermana."</i>	El círculo social de dos de las participantes incluía q amigas y vecinas cercanas al hogar, o compañeras de la escuela, "Anita" tuvo relación con personas mayores, debido a la estrecha relación que mantenía con su hermana mayor y sus amigos.
Asistencia escuela	<i>"Sí, iba a estudiar, regresaba, hacia mi tarea y de ahí me iba" "Solo cuarto." (grado que cursaba)</i>	<i>"...desayunaba y después iba a la escuela" "Primero, en una aldea" (grado y lugar que cursaba)</i>	<i>"Me levantaba, iba a la escuela y... en la escuela jugaba con mis amiguitas" (antes de la entrevista comentó que cursaba cuarto primaria)</i>	Las tres participantes asistían a un centro escolar, pero no completaron su ciclo de educación primaria. Dos de ellas manifestaron que hubiesen querido seguir estudiando pero al resultar embarazadas dejaron la escuela
Metas	<i>"Bien, pensaba trabajar y ayudarle a mi mamá."</i>	<i>"Ser arquitecta" "Para construir más lugares donde yo vivía."</i>	<i>"Yo quería ser maestra."</i>	Dos de ellas si tenían metas académicas pero no tuvieron apoyo ni de los encargados de la escuela, ni de sus familiares pues el quedar embarazadas o ser madres no es impedimento para que continúen estudiando y superándose. "Andrea" por la situación económica de su familia, únicamente quería trabajar para ayudar en el hogar.

Triangulación:

Según la ley PINA (Decreto 27-2003) se define la niñez como el período desde antes de la concepción hasta los 13 años cumplidos ^{21, 22}, durante esta etapa el aprendizaje de las normas de vida y de los roles se da a través del juego, por eso es muy importante esta actividad para las adolescentes y es fuente de felicidad para ellas. La amistad en esta etapa es un vínculo de gran importancia y a veces se forjan amistades que pueden durar toda la vida, principalmente con adolescentes de las vecindades y del entorno educativo. En cuanto a la educación según la ley mencionada con anterioridad, en el artículo 37 se garantiza que la educación pública es laica, y obligatoria desde la escuela primaria hasta la diversificada, además en el artículo 36 se especifica que existe *“igualdad de condiciones para el acceso y permanencia en la escuela”*, por lo tanto el estar embarazadas no debió haber sido una limitante para que estas adolescentes continuaran su educación. Sin embargo, ellas sentían vergüenza de su estado físico y prefirieron retirarse de la escuela lo cual puede retrasar o impedir el logro de sus metas de vida si no cuentan con el apoyo de su familia cercana para el cuidado del bebé.

Tabla 5.1.2 Subcategoría: Núcleo familiar				
Ideas clave				
Códigos	P1 "Andrea"	P2 "María"	P3 "Anita"	Entrevistadoras
Mamá	No se refirió a la madre cuando habló de su vida antes del embarazo	"Con mi mamá" (le gustaba estar) "Que me enseñe lo que ella cocina"	"...ayudaba a mi mamá a lavar los trastos" "No, ella todos los días trabajaba"	Dos de las participantes convivían siempre con sus madres realizaban actividades domésticas en forma conjunta, sin embargo una de ellas no conto con esa figura ya que por motivos de trabajo de la madre, vivía sólo con la abuela y la hermana.
Papá	No refirió presencia del padre	"En mi casa, con mi mamá y mi papá" (vivía)	No refirió presencia del padre	Se evidenció que solo una de las adolescentes contaba con un hogar integrado, con núcleo familiar completo, ya que las otras dos solo referían relación con la madre, la abuela y los hermanos.
Hermanos	"No, porque ellos estaban más pequeños, solo entre primos" (refiriéndose a que no jugaba con ellos)	"Con mis primas y con mis hermanitos" (Jugaba)	"Con mi hermana" (Se mantenía, ya que comentó que era como su segunda mamá)	Las tres participantes contaban con una relación cercana con sus hermanos, y una de ellas consideraba a su hermana mayor como una segunda madre.

Triangulación:

En Guatemala el modelo de familia ha cambiado con el tiempo, pues ha pasado de una familia extendida en donde convivían con los padres e hijos, los tíos, abuelos y primos, a la familia nuclear que está conformada por los miembros de parentesco más cercano: madre, padre y hermanos que conviven en un mismo hogar. En algunos casos este núcleo se ve afectado debido a la ausencia del padre. En el caso de dos de las adolescentes que relataron sus historias de vida, se evidencia la ausencia de los padres en su vida, lo que obligó a una de las madres a trabajar fuera toda la semana, dejando a sus hijas al cuidado de otras personas, en este caso, la abuela pero también podrían estar a cargo de otros familiares o vecinos.

La ausencia de la figura materna o paterna puede provocar en las adolescentes inestabilidad emocional y psicológica, pues previo a llegar a la adolescencia, afloran dudas e inseguridades, que pueden ocasionar conflictos si no se cuenta con una orientación adecuada ya que se puede buscar el apoyo y la orientación en las figuras menos adecuadas, como los hombres mayores de edad (ajenos o no a la familia). Cuando no se garantiza la estabilidad material y emocional de las adolescentes, estas son más vulnerables a no terminar su formación académica hasta completar la educación secundaria y a ser madres prematuramente, como ocurrió en estos tres casos.

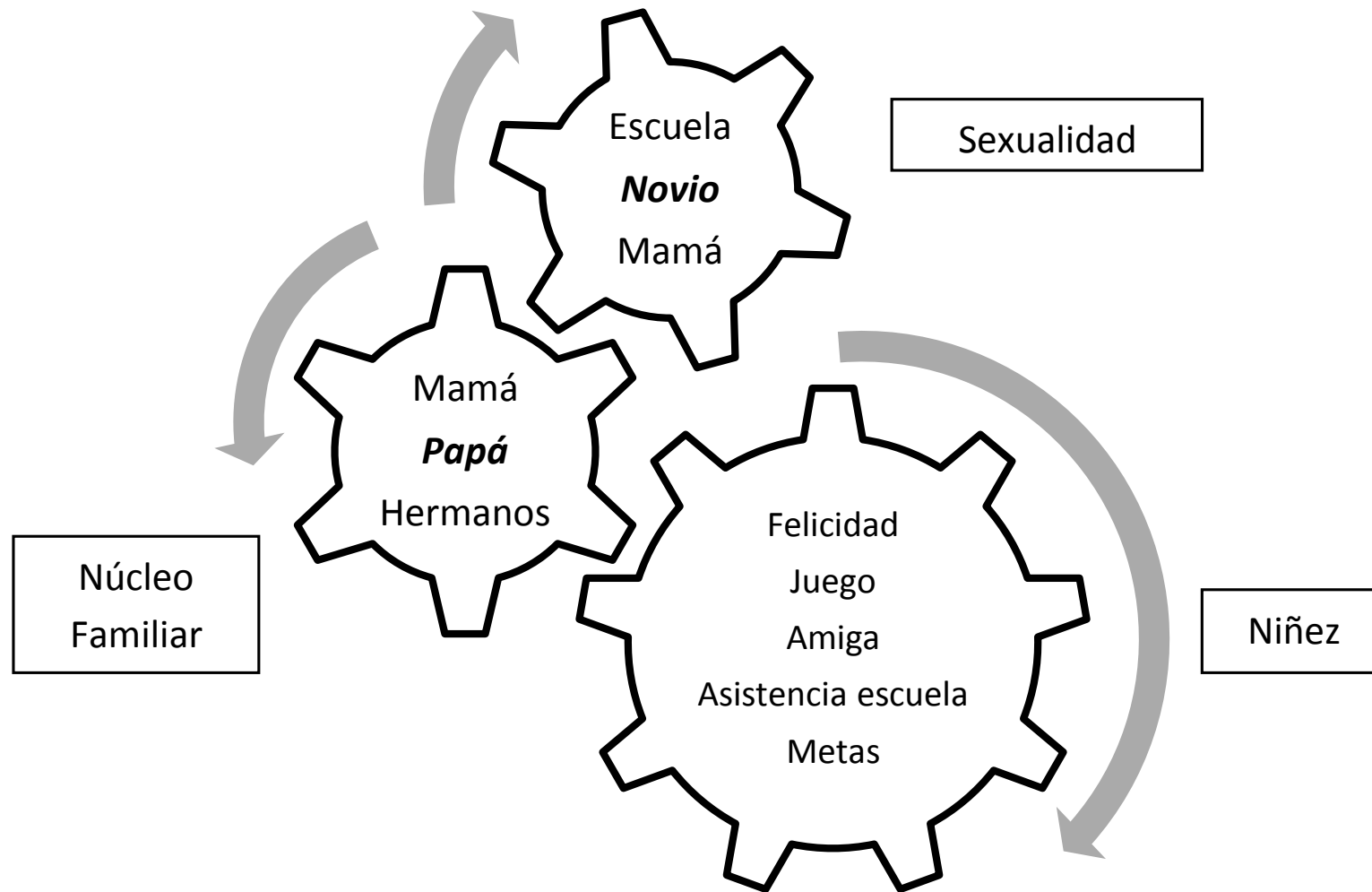
Tabla 5.1.3 Subcategoría: Sexualidad.				
Ideas clave				
Códigos	P1 "Andrea"	P2 "María"	P3 "Anita"	Entrevistadoras
Educación sexual	" <i>Sólo en la escuela, sí</i> " (refiere que únicamente en la escuela se le habló de sexualidad)	" <i>En la escuela... No</i> " (refiere que no se le habló de sexualidad en este lugar)	" <i>Sólo de... de cuando nos bajaba nuestro periodo, nuestra menstruación.</i> "	La sexualidad es un tema que no se trata de forma integral ni en la casa ni en la escuela, pues las tres entrevistadas refirieron que el único tema del cual les hablaron en la escuela, es la menstruación. Probablemente en la casa, por las manifestaciones de las participantes, este sea un tema tabú.
Vergüenza	"Es que a veces que con su mama de uno le da vergüenza." (Preguntarle acerca de sexualidad)	"Eh...si por mucha pena que tiene mi familia no quieren decir" (No quieren hablar de sexualidad dentro de la familia)	No hizo mayor comentario pero refirió no tener vergüenza sobre temas de sexualidad	La vergüenza fue la emoción recurrente en el tema de la sexualidad, pues por esa razón no consultaban con sus madres, y aunque una de ellas dice no tener vergüenza, era la que no convivía con su mamá.
Novio	" <i>Sí</i> " (eran novios) "20" (edad que tenía el novio cuando se conocieron)	"...a los 11 años tuve mi primer novio y a los 12 fuimos <i>así... como tuvimos relaciones... y todo eso.</i> " " <i>Él tenía 22 años</i> " (Edad que tenía él cuando se hicieron novios)	" <i>No, no me pidió. Solo...solo salíamos</i> " (Antes de la entrevista, "Anita" refirió que el muchacho tenía 20 años cuando se conocieron)	Los padres de los hijos de las tres participantes eran mayores de edad al momento en que estas quedaron embarazadas. Solo dos de las participantes tuvieron una relación de noviazgo, a escondidas de sus familias. "Anita" relató que el joven que la dejó embarazada, le insistía a acompañarlo a lugares solitarios para estar juntos, aunque ella no estaba segura de querer hacerlo.

Triangulación:

La sexualidad es un tema que debe ser abordado por los padres desde la primera infancia utilizando los términos apropiados al desarrollo de la adolescente. Sin embargo, en Guatemala es un tema tabú, en parte por la falta de educación sexual de los padres y también por las creencias de índole religiosa que catalogan de “malo”, “pecaminoso” e “inductor del pecado” a este tema. Incluso en las escuelas, a pesar de que el Ministerio de Educación tiene normado tratar la sexualidad como parte del pensum de estudios, los maestros no lo hacen y el único tema que abordan con las estudiantes prepúberes es específicamente, la menstruación. Las adolescentes crecen presas de la ignorancia y por carecer de vínculos de confianza con sus madres, buscan información en sus pares, quienes carecen de la formación y madurez apropiadas para resolver las dudas de otras adolescentes.

Al ser la sexualidad un tema tabú, estas adolescentes que ya manifiestan cambios hormonales y conductuales propios de la adolescencia temprana, inician relaciones de noviazgo con hombres mayores de edad que las aventajan en experiencia, por lo cual se aprovechan de la falta de confianza que existe entre las adolescentes y sus familias y de su ingenuidad e ignorancia para iniciarlas en la vida sexual activa. Estas adolescentes tienen relaciones sexuales, sin saber las consecuencias ni tener consciencia de los peligros a los que se exponen: desde una infección de transmisión sexual, hasta un embarazo no deseado, como sucedió con estas chicas.

Gráfica 5.1
Triangulación de categoría 1: Vida antes del embarazo



Fuente: elaboración propia.

5.5. Categoría 2. Vida durante el embarazo

Tabla 5.2.1				
Subcategoría: Descubrimiento del embarazo.				
Ideas clave				
Códigos	P1 "Andrea"	P2 "María"	P3 "Anita"	Entrevistadoras
Amenorrea	<i>"Porque miraba mi menstruación cada mes y de ahí, no la ví..."</i>	<i>"Ya no me bajaba mi regla."</i>	<i>"...me di cuenta porque ya no me... ya no me bajaba mi periodo."</i>	Las adolescentes no relacionaron la amenorrea con un posible embarazo y pasaron varios meses hasta que consultaron con otras personas (amigas, hermana), que les sugirieron que podrían estar embarazadas.
Prueba	<i>"...y me fui a hacer un examen de sangre..."</i> <i>"...Con él fui y ahí fue que me enteré que estaba embarazada"</i>	<i>"...para comprobarlo me querían hacer una prueba..."</i> <i>"...Cuando me hice la prueba si estaba embarazada"</i> <i>"...Primero de orina y después de sangre. "</i>	<i>" Ella (hermana) me dijo que, que me tenía que hacer una prueba"</i>	La determinación de la gonadotropina coriónica humana en sangre fue la prueba de laboratorio utilizada para confirmar el embarazo; dos de las adolescentes fueron acompañadas al laboratorio clínico por sus novios y una por su hermana.
Desconocimiento	<i>"...No me asusté porque ya me había pasado como dos veces, después otro mes y otro mes y entonces si me asusté"</i>	<i>"...No me bajaba entonces eh... le dije a una mi amiga ¿Qué que iba a hacer? Y después me dijo que le dijera a mi mamá y después un día que me sentí muy mal, le dije a mi mamá, y entonces le dije que creo que estaba embarazada."</i>	<i>".. le pregunte a mi hermana que porque era que ya no me bajaba mi período"</i>	Por el desconocimiento acerca de la sexualidad no asociaban el haber tenido relaciones sexuales con la amenorrea y un posible embarazo; esto ocasionó que el control prenatal se retrasara por varios meses, provocando un compromiso para la salud materna y fetal.

Triangulación:

Es evidente que el embarazo prematuro adolescente es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, se entiende que por tal al tiempo que transcurre desde la menarquia y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen; la mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como no deseados.

En Guatemala uno de los problemas más complejos que se presentan en la actualidad, es el embarazo a temprana edad, lo que conlleva a elevar el riesgo de complicaciones maternas y perinatales, que las tasas de morbilidad y mortalidad tanto de la madre como del recién nacido, esto debido al desconocimiento y la incapacidad de reconocer las señales de un embarazo temprano, lo que retarda el inicio del control prenatal y aumenta consecuencias adversas

Tabla 5.2.2				
Subcategoría: Sentimientos durante el embarazo.				
Ideas clave				
Códigos	P1 "Andrea"	P2 "María"	P3 "Anita"	Entrevistadoras
Miedo	<i>"que ya no iba a ser todo igual...y que... qué iba a hacer cuidando un niño. Asustada."</i>	<i>"Me asusté, y no sabía que hacer..."</i>	<i>"Al principio me asusté mucho, me dio mucho miedo..."</i>	El primer sentimiento que experimentaron estas adolescentes fue miedo acompañado de incertidumbre ante el hecho de convertirse en madres a temprana edad. No aceptan la idea de que aún considerándose unas niñas deban cuidar sus propios niños.
Mamá	<i>"Le tenía miedo y no le tenía miedo, porque lo que había hecho no le tenía miedo ¿verdad? pero decirle si le tenía miedo"</i>	<i>"...Un día que me sentía muy mal le dije a mi mamá y "</i> <i>"¿Cómo pudiste hacerme esto...?"</i> (“María” refiriéndose a lo que le dijo la madre al enterarse.)	<i>" Me dio mucho miedo porque no sabía qué le iba a decir a mi mamá"</i> <i>" Ella se enojó mucho, ella me pegó porque ella dijo que ella no sabía que yo tenía novio"</i>	Según los comentarios de las adolescentes, las tres sentían temor ante las reacciones familiares, sobre todo las de sus madres; una de ellas tuvo una reacción violenta. No brindaron apoyo a sus hijas. La noticia lejos de emocionarles les produjo ira, pues no era eso lo que querían para sus hijas.
Tristeza	<i>"...Cuando estaba sola, si me ponía a llorar y decía yo, ¿por qué yo?, decía y quería jugar y no podía"</i>	<i>"...No quería eso"</i> <i>"ya no podía salir..."</i>	<i>"Entonces ya no miraba a mis amigas..."</i>	Las adolescentes refirieron tristeza y amargura por el encierro y la soledad a las que se confinaron para evitar el rechazo de sus vecinos, familiares y compañeros de estudio. Esto les impidió realizar sus actividades cotidianas como todas las adolescentes.

Responsabilidad propia	<i>"Si... me dejaban vitaminas y de todo. Pero como uno es muy chiquito la verdad no tiene responsabilidad, no es como dicen, me tengo que tomar esta pastilla a tales horas, si me acordaba me la tomaba y si no, no...."</i>	<i>"...No sabía qué hacer y... pero tenía que ver la responsabilidad que ya estaba embarazada."</i>	<i>"... Me tenía que quedar acostada, porque como yo sangraba mucho..."</i>	Las adolescentes sufrieron el embarazo por los cambios en su vida diaria, en sus actividades e intentaron ser responsables, pero con las limitaciones que su edad les imponía.
Responsabilidad pareja	<i>"Ese mismo día que vino (novio) le dijo y entonces ella (mamá) le dijo, verdad, que era un irresponsable porque ella es una niña, le dijo, y usted ya está grande y un montón de cosas."</i>	<i>"Él se puso de acuerdo igual porque mi mama exigió que es su responsabilidad"</i> (Se puso de acuerdo con la madre de la adolescente para apoyarlos con el embarazo.)	<i>"...Lo íbamos a ir a buscar; ya él ya no estaba... ya no, ya no... se fue... ya no lo vimos."</i> (Cuando la madre se enteró del embarazo fueron a buscar al padre de niño sin encontrarlo)	En el caso de sus parejas se observó que fueron presionadas, por la madre de las adolescentes para responsabilizarles de sus actos, ya que estos eran mayores de edad, en el caso de "Anita" no se logró, ya que la pareja se ausentó de su residencia y huyó definitivamente. Ninguno de los tres hombres asumió su responsabilidad por cuenta propia.

Apoyo	“Sí, sus papás y sus hermanos; sí, toda su familia” (refiriéndose a que la familia de la pareja le brindó apoyo) “Sí” (refiriéndose al apoyo de toda su familia)	“...quería abortar o no sé, no quería eso... pero del apoyo que me dieron me quedé tranquila.” “Sí, me dijeron que iba a seguir adelante, de todos modos cuando metí la pata dijeron que entonces hay que seguir adelante”	“Como mi hermana después ya no vivía con nosotros...” “Ya sólo me quedé con mi mamá.”	Una de las adolescentes sí sintió apoyo con la familia de la pareja; otra aunque refirió haber sido apoyada para no abortar, también contó que tuvo que hacerse cargo de su error. La tercera adolescente no contó con apoyo ni de la pareja ni de la familia.
Grupo social	“Me juzgaban, porque como con los, con mis primos era muy diferente porque éramos jóvenes, solo juntos. ¿Verdad? no le ponían coco; pero la gente grande sí... hablaba”	“...Algunos que no nos llevábamos como nos decían así, palabras feas...”	“...las mamas ya no dejaban que se juntaran conmigo porque decían que yo, que yo era mala compañía para ellas”	Las personas mayores que rodeaban a las adolescentes, las juzgaron por el hecho de estar embarazadas, responsabilizándolas por su situación y alejándolas de sus pares; a las adolescentes les preocupaba el qué dirán.

Triangulación:

Es indispensable recalcar que desde el punto de vista médico y legal, el embarazo en adolescentes es considerado como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre y del hijo, ya que en las adolescentes y en sus hijos existen más complicaciones, se ve afectado su proyecto de vida, pues limita sus posibilidades de educación así como su desarrollo profesional y económico, se generan sentimientos encontrados acerca del embarazo, preocupaciones por el bienestar del bebé y enojo por asumir la maternidad ya que es un compromiso que implica responsabilidad, sacrificio y el abandono de muchas actividades que deberían ser parte del desarrollo normal de las adolescentes.

Desde el momento en que los padres de los hijos de estas adolescentes se involucraron con menores de catorce años, estaban incurriendo en delito, lo cual indica irresponsabilidad en el conocimiento de las leyes del país. Además de no haber sido por la presión generada por las madres de las adolescentes dos de estos probablemente no habrían asumido su responsabilidad como padres y en el caso de una de ellas, indicó que trabaja para sostener a su esposo, así que la responsabilidad allí, sería solo reconocer legalmente al niño, pero no hacerse cargo de sus necesidades materiales. Probablemente por la edad y la ingenuidad, dos de las adolescentes confundieron el apoyo con el hecho de que su familia las impulsó a tomar responsabilidades que no les competían (como ponerse a trabajar para mantener al esposo o a la madre), sólo una de ellas tuvo apoyo de su familia y la familia del padre de la hija. El caso de “Anita” fue peor porque no tuvo ni el apoyo del papá del niño, ni de su familia, pues a pesar de que fue la hermana quien la presentó con ese hombre, no la ayudó a localizarlo y se fue de la casa al saber del embarazo de su hermanita.

El embarazo en menores de catorce años se tipifica como violación, según las leyes del país. Las personas que rodeaban a estas adolescentes, desconocían este hecho, pues ni las madres denunciaron a los responsables, ni las instituciones educativas se involucraron con la causa del abandono de la escuela de estas adolescentes. Las personas mayores que formaban el grupo social de estas adolescentes, las juzgaron y re-victimizaron al hacerlas responsables de su embarazo a temprana edad, culpándolas del mismo.

Tabla 5.2.3. Subcategoría: Parto.				
Ideas clave				
Códigos	P1 "Andrea"	P2 "María"	P3 "Anita"	Entrevistadoras
Miedo	<i>"Este, tenía miedo porque...y un montón de cosas, ya no voy a ser la misma, decía yo, voy a cuidar un niño, ya mi vida no va a ser igual..."</i>	<i>"Estaba muy nerviosa y asustada..."</i> (en el momento de iniciar el trabajo de parto)	<i>"Empecé a sangrar y entonces le empecé a gritar a mi mamá para que ella se... se despertara y cuando ella se despertó también se asustó mucho..."</i>	Para las adolescentes el parto representaba un evento que les provocaba múltiples sentimientos encontrados como ansiedad, incertidumbre y principalmente miedo, debido a que vivirían una experiencia nueva y no sabían a lo que se enfrentarían al momento del trabajo de parto.

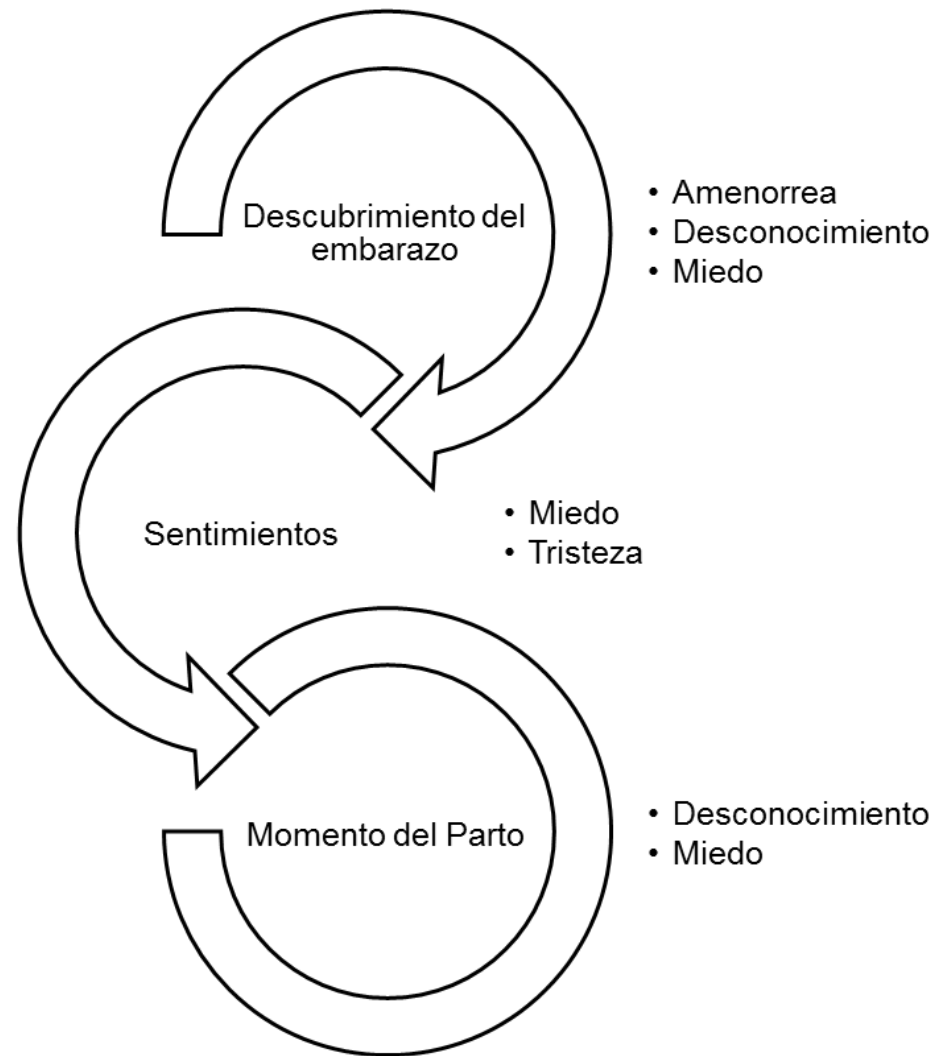
Desconocimiento	<i>"...Estaba lavando y sentía un dolor que se me iba y se me venía...pero como el doctor me había dicho que tenía infección, yo pensaba que era eso, porque como era bien ignorante, ¿verdad?"</i>	<i>"Estaba viendo una película y cuando sentí unos dolores, y le avise a mi mamá y mi mamá me llevó al hospital..."</i>	<i>"Eh... eso fue cuando yo estaba durmiendo, eh... que me dieron muchas ganas de ir a orinar, entonces me levante, me fui a, me levante porque tenía un poquito de dolor en la cintura y me levante e iba a ir a orinar, pero empecé a orinar y no paraba de orinar y, y empecé a sangrar y entonces le empecé a gritar a mi mamá para que ella se, se despertara y cuando ella se despertó también se asustó mucho y llamó a los bomberos"</i>	Aunque las adolescentes estaban conscientes de que el embarazo iba a finalizar en algún momento, desconocían el proceso que iban a afrontar durante el nacimiento del bebé. La falta de información y la escasa comunicación con sus madres les impidió reconocer los signos del trabajo de parto a las adolescentes entrevistadas,
-----------------	--	--	---	--

Triangulación:

Todas las embarazadas experimentan temores e incertidumbre ante el parto, especialmente en las primerizas, sin embargo en estas adolescentes la falta de información para reconocer las señales del inicio del trabajo de parto puede provocar retraso en la atención del mismo y complicaciones para ellas o sus hijos.

Gráfica 5.2

Triangulación de categoría 2: Vida durante el embarazo



Fuente: elaboración propia.

5.6. Categoría 3. Vida después del embarazo

Tabla No. 5.3.1.				
Subcategoría: Bebé				
Ideas clave				
Códigos	P1 “Andrea”	P2 “María”	P3 “Anita”	Entrevistadoras
Reacción Al Verlo	<i>“... y sí, porque yo tenía esa ansiedad de que la quería conocer porque ya tenía tiempo de tenerla en mi vientre y si, verdad, ya me nacía, yo ya sentía que la quería...”</i>	<i>“Sentí una gran alegría y estaba feliz después de todo”</i>	<i>“...me sentí contenta, pero a la vez me sentí enojada y triste porque cuando lo vi me recordé de él, del muchacho”</i>	Las tres participantes experimentaron la ansiedad y preocupación por el bienestar de sus bebés, felicidad por culminar el embarazo y en el caso de “Anita” enojo y frustración porque le recordaba al padre de su hijo, quien la abandonó.
Sentimiento Puerperio	<i>“Ganas de arrollarla pero no podía abrazarla y un montón de cosas...”</i>	<i>“Eh, después de todo ya cuidaba a mi bebé, ya estaba más con mi bebé” (“María” refiriéndose a su relación con el bebé al salir del Hospital)</i>	<i>“Pues estaba un poquito preocupada y asustada porque no sabía cómo iba a hacer para cuidarlo. Eh porque yo a veces no me puedo cuidar y tenía que cuidar yo al bebé, entonces eso me preocupaba, ¿Cómo lo iba a cuidar?, como le iba a darle de comer o como lo iba a cambiar, todo eso me preocupaba, me asustaba.”</i>	La preocupación de querer hacer las cosas bien y el miedo de no poder hacerlo fueron unos de los sentimientos predominantes durante el puerperio de estas adolescentes. Para “Andrea” fue un poco más difícil por tener que limitarse a ver a su bebé en una incubadora y no poder cargarla.

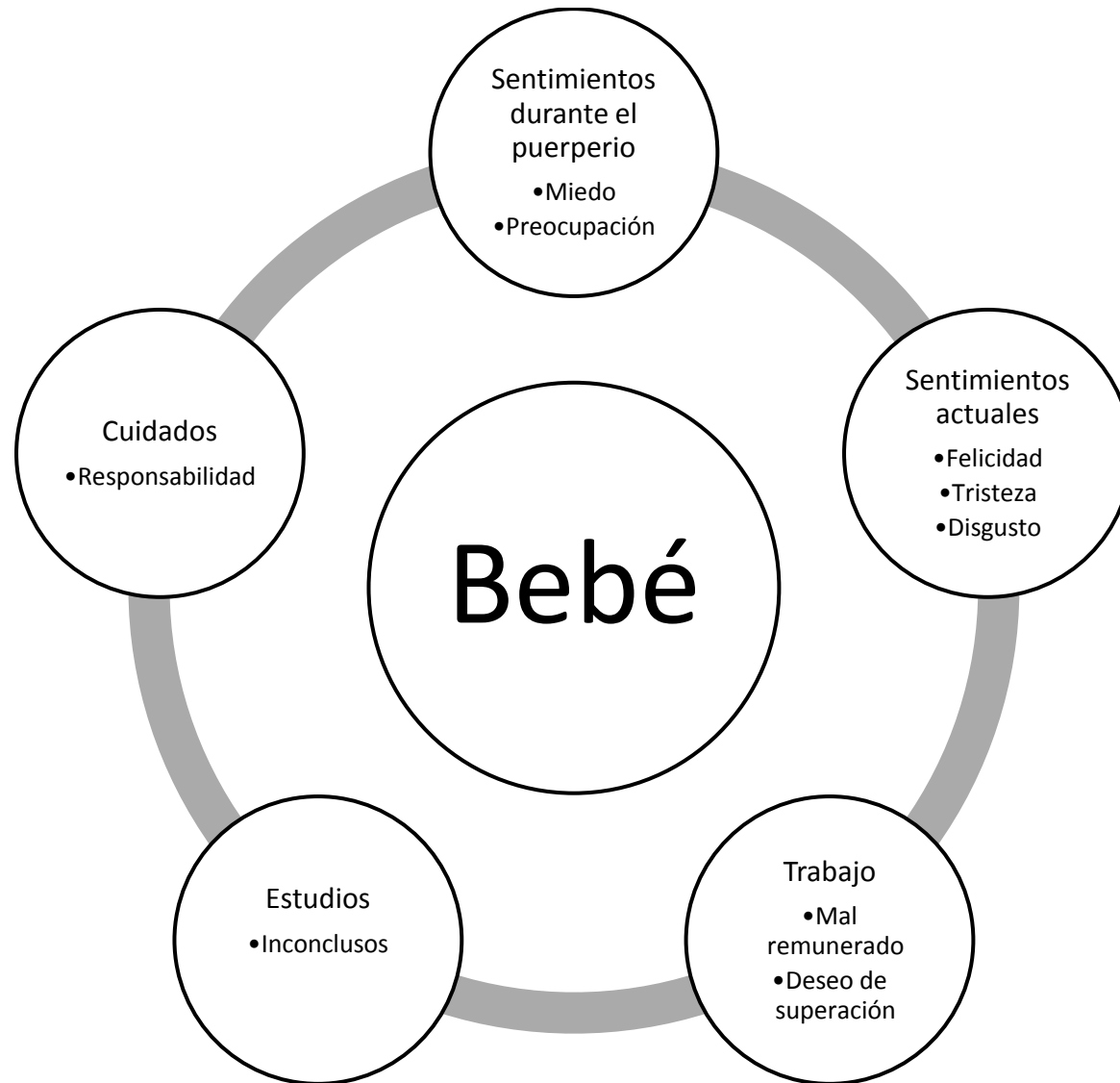
Sentimiento Actual	<i>“...eso es lo que todavía me duele, porque eso era lo que yo decía cuando me dijeron va...y porque si yo ni una vez la arrolle, ni nada”</i> (“Andrea” refiriéndose a que todavía le duele no haber podido arrullar nunca a su bebé fallecida)	<i>“...así empecé a adaptarme y después fui con mi novio a vivir y empezamos a trabajar para seguir adelante con nuestro bebé.”</i> <i>“Yo ya estoy feliz con todo, verdad.”</i>	<i>“Pues, yo no quería ser mamá pero, porque como yo no quería ser mamá, pero ahora ni modo ahí lo tengo que cuidar a veces...”</i> <i>“Sí lo quería pero no mucho.”</i> (Respondió al preguntarle si quería a su bebé)	Debido a las perspectivas tan diferentes de las tres por las condiciones que vivieron, sólo una de ellas, “María” se encuentra feliz con su bebé y su nueva familia. “Andrea” a pesar de que refiere haber querido a su bebé lamenta no haber tenido la oportunidad de cuidarla, pues falleció, Sin embargo “Anita” se expresa con disgusto ante el hecho de ser madre ,pero atiende a su bebé como puede, pues no cuenta con el respaldo de su familia.
Trabajo	La participante se dedica a labores en el hogar	<i>“...empezamos a trabajar para seguir adelante con nuestro bebé”</i>	<i>“...como mi mamá dejó de trabajar, yo era la que trabajaba...”</i>	Las participantes adquirieron nuevas responsabilidades, como el hecho de tener que trabajar dentro o fuera de casa a temprana edad que, de no ser por el embarazo, iniciarían a una edad más avanzada, con mayor preparación académica y mejores oportunidades de trabajo sin tener que limitarse al trabajo en las labores domésticas, como lo hacen l “María” y “Anita” para sacar adelante a sus familias.

Continúa Estudios	<i>"Si hubiera oportunidad sí, pero sino tampoco porque también no me llama la atención"</i>	<i>"...ya no porque por todo mi bebé y hay que mantenerlos ya a mi bebé y a mi esposo" "Extraño demasiado ir al colegio..."</i>	<i>"Si, hubiera querido seguir estudiando"</i>	En cuanto a los estudios dos de las participantes denotan interés por continuar estudiando sin embargo por la situación en la que se encuentran, están conscientes de lo difícil que esto les resultaría.
Cuidados Bebé	<i>" ¿Y cuándo se enferme, qué voy a hacer? Pero está mi mamá ,decía yo, o sea que cuando pensaba las cosas me asustaba pero de ahí le hallaba solución"</i>	<i>"Después de todo ya cuidaba a mi bebé" "...ya no podía salir, ya estaba más responsable con mi bebé"</i>	<i>"...me tenía que levantar temprano, lavar toda la ropa sucia que sacaba él bebe, lavar pañales, ver, cuidar que no estuviera chillando." (Ya que no lo quiere)</i>	Las tres admiten no sentirse preparadas para cuidar al bebé y una de ellas piensa que las dudas las resolverá con ayuda de su madre.

Triangulación:

La responsabilidad de cuidar a un bebé es abrumadora incluso para las madres que desean serlo, tienen la edad suficiente, la preparación académica necesaria y el apoyo de su pareja y familia. Enfrentar esta responsabilidad a temprana edad conlleva muchos desafíos, entre ellos destacan los siguientes: la adquisición de responsabilidades que no eran acordes a su edad, salir en busca de trabajo mal remunerado para mantener sus hogares sin tener la mayoría de edad, abandonar sus estudios y hacerse cargo de un nuevo ser, considerándose ellas unas niñas. Las adolescentes no siempre aceptan la maternidad ni sienten afecto por sus hijos, debido a las condiciones o a la edad en que fue concebido, aunque sienten ansiedad y preocupación por el bienestar de sus bebés y asumen responsabilidades que no les corresponden a su corta edad, para poder mantenerlos. Eso implica abandonar la escuela, de lo cual se lamentan. Aún con el apoyo de la madre, se tornó difícil para las adolescentes continuar con su vida diaria, ya que vieron truncados los sueños y metas que anhelaban de pequeñas, teniendo que madurar de prisa.

Gráfica 5.3
Triangulación de categoría 3: Vida después del embarazo



Fuente: elaboración propia.

6. DISCUSIÓN

En esta sección se analiza las historias de vida de tres adolescentes, a través de la comparación de la teoría con lo observado se establece la percepción de su vida antes, durante y después del embarazo; se obtuvo información de las experiencias que vivieron las participantes con sus familiares y vecinos al quedar embarazadas.

6.1. Vida antes del embarazo

La adolescencia temprana está comprendida entre los 11 y los 13 años.^{19, 20} Esta fase se caracteriza especialmente por el rápido crecimiento somático y por la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Es evidente la preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia.²⁴ El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona: *“todo lo que ocurre durante los primeros años, especialmente desde el nacimiento hasta los tres años, ejerce una enorme influencia en la manera en que se desarrolla después la infancia y la adolescencia”*, durante la niñez y los primeros años de la adolescencia se sientan las bases para el futuro de una persona y los aprendizajes durante esa época condicionan sus experiencias de vida a futuro. Invertir tiempo y esfuerzo en esta etapa *“es importante debido a que abren el camino para toda una vida de mejor salud, desempeño mental, físico, y productividad”* y *“pueden llevar a minimizar, y aun prevenir, otros problemas económicos y sociales que van desde la delincuencia juvenil hasta la maternidad adolescente y la violencia doméstica y social”*.²³

Para las participantes, que cursaban la adolescencia temprana, el inicio de esta etapa todavía era percibido como parte de su niñez; durante este período el aprendizaje de las normas de vida y de los roles se daba a través del juego, que eran compartidos con sus familiares siendo estos en su mayoría, hermanos o primos y con sus amigos o vecinos de la misma edad; por eso es muy importante esta actividad para las adolescentes y es una fuente de felicidad. La amistad en esta etapa es un vínculo de gran importancia y a veces se forjan amistades que pueden durar toda la vida. La responsabilidad que les correspondía no era más que ir a la escuela y soñar con cumplir sus metas. Según un estudio realizado en España menciona que las oportunidades en educación, unas adecuadas condiciones nutricionales y de salud, un adecuado estímulo de habilidades a través del juego y la recreación contribuyen a ampliar futuras

capacidades en la vida adulta de las personas; con el desarrollo de habilidades en la adolescencia temprana se puede favorecer la convivencia con los demás, para la participación en actividades sociales o para estar en capacidad enfrentar problemáticas sociales.⁷¹

Existen factores particulares que tienden a definir a las adolescentes y permiten formar la personalidad de cada una de ellas, viéndose influenciadas por el contexto familiar y por las relaciones sociales propias de la etapa; comienzan a relacionarse con el sexo opuesto experimentando nuevas emociones mediante “noviazgos”, usualmente los noviazgos en esta etapa suceden con jóvenes de la misma edad. Como se demuestra en el estudio *“Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia”* en el que al cuestionar a los participantes acerca de la edad en la que habían tenido la primera relación de noviazgo, aproximadamente una cuarta parte de los entrevistados indicó que había tenido el primer novio o novia a los doce años, también señalaron que esta relación fue durante el nivel educativo primario con compañero de clase de la misma edad.⁴⁴

Debido a los cambios propios de la edad, las adolescentes buscan relacionarse con personas del sexo opuesto para establecer relaciones de amistad y románticas, buscando de esta forma apoyo, cariño y orientación en las personas que quizá sean las menos adecuadas (hombres mayores de edad ajenos o no a la familia), lo que las hace vulnerables a ser víctimas de violencia física o psicológica. Un estudio realizado en Chile menciona que las adolescentes experimentaron su primera relación sexual con un hombre mayor con un rango de edad de 20 a 32 años.^{5, 64}

La sexualidad es un tema que debe ser abordado por los padres desde la infancia utilizando los términos apropiados al desarrollo de la niña. Sin embargo, en Guatemala es un tema tabú por lo que el trabajo de abordarlo se delega a la escuela, en la cual a pesar de que el Ministerio de Educación tiene normado tratar la sexualidad como parte del pensum de estudios, los maestros no lo hacen y el único tema que abordan con las estudiantes prepúberes es específicamente, la menstruación, para evitar problemas con algunos padres de familia, quienes aún conciben la sexualidad como un tema que no se debe abordar en los establecimientos educativos o porque los mismos maestros consideran inadecuado tratar este tema con sus alumnos, provocando que las adolescentes crezcan presas de la ignorancia por carecer de figuras de confianza para

esclarecer sus dudas respecto a este tema. Lo encontrado en este estudio concuerda con lo expuesto por el Estudio Nacional de Estadística de España que coincide en plantear que normalmente no se ofrece suficiente y adecuada educación sobre el comportamiento sexual responsable y educación clara en el hogar, la escuela y la comunidad, por lo tanto la educación sexual que se recibe es a través de personas muchas veces desinformadas, como es el caso de las parejas, con quienes se suele decir que comparten más ignorancias que conocimientos.⁶⁵

Otro estudio que apoya la necesidad de información en el tema de sexualidad, es el realizado en Cuba *“Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad”* en el cual se evidencia que es necesario un núcleo familiar integrado que oriente sobre la sexualidad, creando una mayor relación entre los padres y los hijos. En la escuela es necesario incrementar la educación sexual y enseñar los métodos de planificación familiar, lo negativo de los embarazos en la adolescencia y las secuelas que pueden acarrear las enfermedades de transmisión sexual, para así poder formar personas con alto nivel de conciencia en esta esfera tan importante de la vida del ser humano.⁶⁶

6.2. Vida durante el embarazo

El embarazo en adolescentes se define como: *“el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia y cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen”*.³³ El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) define a las adolescentes embarazadas como *“el embarazo que ocurre en las mujeres entre las edades de 10 a 19 años.”*³⁴ En el caso de nuestras participantes el embarazo sucedió a las siguientes edades: “Andrea” a los 12 años, “María”, a los 13 y “Anita”, a los 12 años 5 meses.

Si bien es posible afirmar que en ciertos contextos culturales el embarazo en la adolescencia es esperado, aceptado e incluso alentado, cuando ocurre antes de los 15 años merece un análisis particular no solo por la complejidad de las causas que lo originan sino también por los riesgos médicos. Se evidencian, así mismo, consecuencias psicológicas para la madre principalmente al momento del nacimiento del hijo tienen dificultad para relacionarse con él o aceptarlo, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidarlo o maltratarlo, y continúan priorizando sus necesidades.¹² Como en el caso de “Anita” quien menciona al preguntarle sobre los cuidados de su bebé:

“A veces. A veces sí, a veces no, le daba de mamar... Porque no salía mucha leche... Es que yo no le quería dar al bebe pecho. No le quería dar.” Y al preguntarle si lo quería contestó: “Mmm... Por rato sí, por ratos no... Porque por ratitos me recordaba al muchacho entonces no lo quería, pero cuando, cuando, después sí lo quería.”

Las madres adolescentes que participaron en la investigación se encontraban estudiando antes de quedar embarazadas, pero al momento de confirmar que estaban embarazadas abandonaron sus estudios y ninguna logró terminar la educación primaria. Según la ley PINA (Decreto 27-2003) en el artículo 36 se especifica que existe “*igualdad de condiciones para el acceso y permanencia en la escuela*”^{21, 22}, por lo tanto, el estar embarazadas no debió haber sido una limitante para que estas adolescentes continuaran su educación. Esto evidencia el desconocimiento que existe acerca de las leyes del país, ya que el embarazo en menores de catorce años se tipifica como violación. Las personas que rodeaban a estas adolescentes, desconocían este hecho, pues ni las madres denunciaron a los responsables, ni las instituciones educativas se involucraron con la causa del abandono de la escuela de estas adolescentes. Esto coincide con un estudio realizado en Colombia en el que se afirma que las niñas y adolescentes son las principales víctimas de abuso sexual los cuales, en ocasiones, se desarrollan en entornos familiares o cercanos. La gran mayoría de los casos no se denuncian debido a que algunas de ellas y sus familiares ignoran que fueron víctimas de un delito, en contraste con las adolescentes que sí denunciaron pero no les creyeron o les pidieron que no hablen de lo sucedido.⁶⁴

Las participantes empezaron a sospechar y preocuparse por la amenorrea pasados los primeros meses del embarazo, como se refleja en la experiencia de la siguientes participantes:

“María” actualmente de 19 años comentó “Le dije a mi novio que ya no me bajaba y me dijo que es así, que no me preocupara, y después que se tardó y se tardó y no me bajaba entonces eh... le dije a una mi amiga ¿qué iba hacer? Y después me dijo que le dijera a mi mamá y después un día que me sentí muy mal le dije a mi mamá, entonces le dije que creo que estaba embarazada.”

Un estudio realizado en Colombia menciona que el saber que van a ser madres representa para las adolescentes cambios en su manera de percibir y vivenciar su sexualidad pues descubren que con el embarazo y nacimiento del bebé tendrán que asumir nuevos roles, dejando atrás actividades que disfrutaban y encontrando formas de

adaptarse a las nuevas circunstancias.⁶⁵ Las participantes como futuras madres adolescentes se enfrentaron a las inquietudes propias de la gravidez, se preocuparon por tener que abandonar a su grupo de iguales, interrumpir los estudios, dejar de divertirse, asumir su nueva responsabilidad de madres para atender a sus bebés y amamantarlos cada vez que lloraban, se angustiaron por el rechazo de la sociedad y asumieron la culpa de una situación en donde la responsabilidad era compartida y su mayor preocupación fue la reacción del grupo familiar principalmente de la madre como podemos apreciar en la siguiente cita:

“Anita” menciona: “me dio mucho miedo porque no sabía qué le iba a decir a mi mama”, “ella se enojó mucho, ella me pegó porque ella dijo que ella no sabía que yo tenía novio”.

El embarazo a cualquier edad puede ser físicamente exhaustivo, y que aún continúan en desarrollo psicológico, físico y emocional, el embarazo representa un desafío aún mayor. La maternidad trae consigo una mezcla de experiencias y emociones como la tristeza, la frustración y el enojo; las participantes se sintieron reconfortadas al contar con el apoyo de la madre, sin embargo prevalecía en ellas un sentimiento de soledad.

“María” dijo: “tal vez lo quería abortar o no sé, no quería eso, pero del apoyo que me dieron me quede tranquila.”

Podemos notar que el considerar el aborto era debido al miedo de enfrentar la situación sola, pero que cuando la familia y principalmente la madre le brindaron apoyo la adolescente, se siente reconfortada y decide continuar con el embarazo.

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de 5 años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales cuando concibe un embarazo antes de tiempo.⁴⁵ Los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto y un alumbramiento. Además, de forma casi general, la mayoría de las adolescentes son primigestas, lo cual constituye un riesgo por sí solo.^{46,68} A pesar de saber que el embarazo en algún momento llegaría a su fin, las adolescentes, no sabían cómo sucedería ni las posibles

complicaciones que esto conllevaría, tomándolas por sorpresa el inicio del trabajo de parto.

6.3. Vida después del embarazo

El momento que marcó esta etapa fue el conocer a su bebé lo que representó, en primera instancia, felicidad que luego se vio afectado por las diferentes circunstancias en cada una de ellas: “Andrea” refirió:

“...sí, porque yo tenía esa ansiedad de que la quería conocer porque ya tenía tiempo de tenerla en mi vientre y sí, ¿verdad?, ya me nacía, yo ya sentía que la quería.”

Sin embargo la bebé de “Andrea” tuvo que quedar ingresada en cuidados intensivos por lo que nunca tuvo la oportunidad de realizar, lo que para ella era muy importante, “arrollarla”, ya que la bebé falleció a los 15 días de nacida en el hospital, sin ella tener la oportunidad de establecer el vínculo madre – hijo por lo que ella nunca se consideró como una madre. Esto demuestra que las repercusiones en el recién nacido comienzan en el útero debido a la falta de control prenatal, la mala nutrición y las consecuencias de la edad del embarazo, las cuales son determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de los hijos de madres adolescentes en relación a la población general.⁴⁴

El caso de “Anita” fue diferente, comentó *“...Me sentí contenta, pero a la vez me sentí enojada y triste, porque cuando lo vi me recordé de él, del muchacho.” “porque como él no estuvo conmigo y yo solita pasé, por eso me sentí enojada también”*

Para ella el momento de conocer a su bebé se vio opacado porque su hijo le recordaba el abandono, rechazo de su pareja y el sentimiento de soledad que esto le provocó. Lo que coincide con el estudio “*Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar*”, el cual concluye que la maternidad en estas adolescentes se ve agravada por su condición de madres solteras, debido a que la pareja es generalmente un joven que no asume su responsabilidad paterna provocando una situación de abandono afectivo económico y social en la madre y en el niño.⁶⁹

En contraste con “María” quien expresó *“Sentí un gran alegría y estaba muy feliz después de todo.”* Lo cual refleja las diferentes perspectivas que pueden surgir ante la misma situación en diferentes circunstancias.

Al considerar el futuro de las jóvenes madres, estará determinado por el abandono previo de estudios lo que redujo sus oportunidades y posibilidades de realización personal, ya que en la actualidad les es muy difícil lograr empleos estables, con remuneración adecuada, acordes a sus necesidades, donde se respete su maternidad y los beneficios sociales que les corresponden.⁴³

Como mencionan “María” y “Anita” respectivamente: *“Extraño demasiado ir al colegio”; “Sí, hubiera querido seguir estudiando”*.

Sueños que se vieron truncado por la necesidad de trabajar para mantener a sus bebés, siendo obligadas a adquirir nuevas responsabilidades que no son acordes a su edad.

Tras la aceptación del embarazo, y la resignación ante el hecho de ser madres, las adolescentes asumieron de manera positiva la nueva situación permitiéndoles sobreponerse a los desafíos iniciales de la maternidad. Sin embargo en la actualidad las jóvenes son conscientes que no tenían la madurez emocional para lidiar con un embarazo como lo señala “Andrea” quien al pedirle un consejo para una adolescente menciona:

“Este como son muchas cosas, verdad, y que si tiene los... sus..., si Dios les da la oportunidad de tener sus bebés que los quieran mucho y los cuiden mucho. Pero sí, si pudiera regresar ese tiempo y... si pudiera regresar ese tiempo sí, no me hubiera embarazado.” Al igual que “María”: *“Yo le diría que no lo haga, que es muy “dolorosamente” estar en esa situación muy pequeña que llegará a una edad en donde sí puede tener un bebé entonces... (Piensa) que esperen...”* para finalizar “Anita” nos comentó: *“Que no se junte con hombres más grandes que ella, ni que se vayan, ni que salgan con ellos así de que se vayan a quedar a lugares, eso.”*

Se cuentan con diversos estudios acerca del embarazo en adolescentes, la mayoría lo presenta desde un enfoque cuantitativo dejando por un lado la perspectiva de estas adolescentes ante su embarazo desde de un enfoque cualitativo, dificultando la comparación para un análisis más profundo. A pesar de que las estadísticas demuestran una alta prevalencia de embarazos en adolescentes es difícil encontrar los casos, esto debido a la falta de seguimiento por parte de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, teniendo que recurrir a informantes claves para su localización; esa fue una de las limitantes. Otra fue que al ubicar los casos, las madres de las adolescentes se mostraron

renuentes a brindar información acerca del tema debido al miedo de repercusiones legales por no haber denunciado el caso de sus hijas. En el momento de la entrevista las adolescentes pudieron haber pasado por alto información relevante para el estudio debido al tiempo transcurrido desde el momento del embarazo hasta la realización de la entrevista.

En la presente investigación se profundiza la realidad de vivir un embarazo durante la adolescencia; se pudo recabar información importante, sobre la percepción que tienen las adolescentes acerca de vivenciar un embarazo antes de los 14 años de edad, para que pueda ser de utilidad en la realización de futuros estudios con mayor número de participantes y con esa información realizar estrategias de intervención comunitaria que ayuden a disminuir este problema de la salud pública en el país.

Finalmente se puede afirmar que las jóvenes carecen de los conocimientos necesarios acerca de la sexualidad para comprender que el inicio de relaciones sexuales sin protección ni planificación puede llevar a un embarazo, que claramente dentro de su contexto, no es deseado y puede generar situaciones que provocan consecuencias que afecten no solo a la adolescente sino a sus hijos, su familia y por ende a la sociedad en que se desenvuelven.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 La vida antes del embarazo se caracterizó por tener como responsabilidad principal el asistir a la escuela y ayudar en algunas tareas domésticas, pero para las adolescentes lo principal era el juego, su mayor fuente de alegría; sus metas eran ayudar a su familia y formarse académicamente. En el aspecto emocional la familia y su grupo social jugaron un papel muy importante en la formación de su personalidad, la ausencia de una orientación adecuada en la que los padres no ejercieron supervisión de las actividades ni crearon vínculos de confianza con sus hijas provocó inestabilidad emocional en las adolescentes.
- 7.2 Durante el embarazo las adolescentes finalmente aceptan los cambios propios de esta etapa y la idea de ser madres a temprana edad, relegan los juegos al pasado, sin comprender los desafíos económicos, emocionales, la responsabilidad que implica la maternidad ni los cuidados propios que repercuten en la salud del bebé, situación que las conduce a tener un conflicto interno experimentando múltiples sentimientos principalmente el miedo, la tristeza y la incertidumbre del futuro.
- 7.3 La vida después del embarazo en estas adolescentes es una etapa de cambios en los cuales se resignan ante la maternidad y asumen la responsabilidad de ser madres con los recursos que tienen disponibles, junto con los sentimientos y experiencias que esta conlleva. En este período enfrentan muchos desafíos como: responsabilidades no acordes a su edad, buscan trabajo mal remunerado para mantener sus hogares sin tener la mayoría de edad, abandonan sus estudios y se hacen cargo de un nuevo ser considerándose ellas unas niñas, cambiando así los sueños y metas planteadas antes del embarazo.
- 7.4 Es importante destacar que las tres jóvenes concuerdan en posponer el inicio temprano de la actividad sexual y el embarazo, independientemente de las circunstancias en las que se desenvuelven, ya que las consecuencias de estos fenómenos son graves para la madre adolescente en los aspectos físico, emocional y psicológico. Las tres adolescentes, actualmente, son conscientes de que por la poca madurez aunada a la falta de educación no fueron capaces de tomar una decisión acertada y concebir las consecuencias a futuro.

8. RECOMENDACIONES

8.1. Al Ministerio de Educación –MINEDUC-

- 8.1.1. Fortalecer los programas de educación sexual, orientados a niños y adolescentes, los cuales deben incluir temas sobre el desarrollo físico, educación sexual, planificación familiar y el embarazo, así como sus cuidados y riesgos tomando en cuenta la multiculturalidad de nuestro país.
- 8.1.2. Promover oportunamente la educación sexual en padres y madres de familia mediante el trabajo en conjunto con el Ministerio de Educación, para incentivar la educación sexual en el hogar para así disminuir los embarazos en adolescentes.

8.2. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-

- 8.2.1. Capacitar constante y oportunamente al personal de salud de todos los niveles institucionales en cuanto a las leyes vigentes dentro del marco legal y político de Guatemala, relacionados a violencia sexual y embarazos en adolescentes principalmente en menores de 14 años.
- 8.2.2. Impulsar campañas masivas a través de los medios de comunicación y las redes sociales, para la prevención del embarazo en las adolescentes mediante la realización de jornadas de información e implementación de métodos de planificación familiar.

9. APORTES

- 9.1. Se recabó información importante sobre la percepción de la vida de madres adolescentes menores de 14 ante el embarazo en la sociedad guatemalteca, para que puedan ser de utilidad en la realización de estudios similares ya que actualmente solo se cuenta con estadísticas obviando el punto de vista de las adolescentes
- 9.2. Se divulgarán los resultados obtenidos a través de un artículo científico que será publicado en el Colegio de Médicos de Guatemala, para sensibilizar a la comunidad facultativa y evidenciar la realidad de vivir un embarazo durante la adolescencia.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil Almira A. Embarazo: diagnóstico, edad gestacional y fecha del parto. MEDISAN [en línea]. 2008 [citado 08 Feb 2017]; 12(4): [aprox. 3 pant.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san17408.htm
2. Gutiérrez Ramos M. Hemorragias en el embarazo. Rev. Per. Ginecol. Obstet [en línea]. 2010 [citado 08 Feb 2017]; 56 (1): 8-9. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a02v56n1.pdf
3. Menéndez Guerrero G E, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev. Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2012 Sep [citado 08 Feb 2017]; 38 (3): 333-342. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lng=es.
4. Aliño Santiago M, López Esquirol JR, Navarro Fernández R. Adolescencia: Aspectos generales y atención a la salud. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2006 Mar [citado 03 Feb 2017]; 22 (1):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252006000100009&lng=es.
5. Mendoza LA, Arias GM, Pedroza PM, Micolta CP, Ramírez RA, Cáceres GC et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol [en línea]. 2012 [citado 03 Feb 2017]; 77 (4): 271-279. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262012000400006&lng=es.%20http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000400006.
6. Llanes Rodríguez AA, Quevedo Arnaiz NV, Ferrer Herrera I, de la Paz Carmona A, Sardiñas Montes de Oca O. Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa. AMC [en línea]. 2009 Feb [citado 03 Feb 2017]; 13 (1): 1-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552009000100009&lng=es.
7. Cabezas Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. Revista Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2002 Ene-Abr [citado 16 Mar 2017]; 28 (1):5-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000100001
8. Guatemala. Procurador de los Derechos Humanos. Análisis de la situación de embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011-2013. Guatemala: PDH; 2013. (Informe temático)

9. González Sáez Y, Hernández Sáez I, Conde Martín M, Hernández Riera R, Brizuela Pérez SM. El embarazo y sus riesgos en la adolescencia. Revista Archivo Médico de Camagüey [en línea]. 2010 Ene-Feb [citado 08 Feb 2017]; 14 (1): [aprox. 21 pant.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013

10. Silva Álvarez J. El embarazo en la adolescencia. Revista Madre Tierra [en línea]. 2009 Jul [citado 16 Mar 2017]. Disponible en: <http://revistamadretierra.com/2013/07/26/el-embarazo-en-la-adolescencia/>

11. Aguirre Jeréz MD, Ocaña Arias LG, Aceituno Melgar JE, Araneda Sazo DR, Terraza Pira AM, Matías Herrera KJ, et al. Características de la embarazada adolescente y sus saberes de prevención [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012 [citado 17 Feb 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_9051.pdf

12. Silva A. Suicidio y embarazo en adolescentes. Importancia para la salud pública. En: XXXIX Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia. 06-10 de Ago 2016. Guatemala: Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala AGOG; 2016. p. 2-12.

13. García J. Incesto, más común de los que se cree: 90% de los agresores sexuales son familiares. La Hora.18 Mar 2013; Sec reportajes y entrevistas. Col. 8

14. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. Embarazos en niñas y adolescentes. Investigaciones. Children who have children "niñas que tienen niños". Guatemala: OSAR; 2013.

15. Guatemala. Ministerio de Educación. Dirección General de Evaluación e Investigación Educativa /DIGEDUCA. La sexualidad y la educación en la mujer: historia de vida de dos generaciones. Guatemala. MINEDUC, DIGEDUCA; 2014.

16. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada, España: Ediciones Aljibe; 1996.

17. Charriez Cordero M. Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. Revista Griot [en línea]. 2012 [citado 08 Feb 2017]; 5 (1): 50-67. Disponible en: <http://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1775>

18. Quintana Peña A. Metodología de la Investigación Científica Cualitativa [en línea] Lima: UNMSM; 2006. [citado 08 Feb 2017]. Disponible en: http://cienciassociales.webcindario.com/PDF/Cualitativa/Inv_quintana.pdf

19. Colombia. Ministerio de Salud Pública y Protección Social [en línea]. Colombia: MINSALUD; 2015. [actualizado 2015; citado 8 Feb 2017]; Ciclo de vida [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida>
20. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regularización de los Programas de Atención a las Personas/DRPAP. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala: MSPAS; 2010.
21. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. chil. pediatr. [en línea]. 2015 Dic [citado 01 Mar 2017]; 86 (6): 436-443. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03701062015000600010&lng=es
22. Casas Rivero JJ, Gonzales Fierro MJ. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Rev. Pediatr Integral [en línea]. 2005 [citado 14 Feb 2017]; 9 (1): 20-24. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
23. Guatemala. Congreso de la República. Decreto 27- 2003. Código Penal, la Ley de Protección Integral de la niñez y la adolescencia. [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2003 [citado 14 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyProteccionIntegralNiñez.pdf>
24. Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [en línea]. 2004 Jun [citado 01 Mar 2017]; 1 (90): 57-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200005&lng=es.
25. Temborry Molina C. Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz Rev. Pediatr Aten Primaria [en línea]. 2009 [citado 14 Feb 2017]; 11 (16): 128. Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-1018-pdf/2.%20desarrollo%20puberal.pdf>
26. Krauskopf D. El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. Adolesc. Salud (San José) [en línea]. 1999 Ene [citado 08 Feb 2017]; 1 (2): 23-31. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S140941851999000200004&lng=enAs
27. Pineda Pérez S, Aliño Santiago M. Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia [en línea]. Cuba; MINSAP; 2003 [citado 28 Feb 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

28. Nicaragua. Ministerio de Salud. Guía para el manejo del neonato. Nicaragua: MINSA; 2006.
29. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. Ginebra: OMS; 2002.
30. Schwarcz RL, Diverges CA, Fescina R. Obstetricia. 5 ed. Buenos Aires, Argentina. El Ateneo; 2003.
31. Valdés SG. El embarazo humano: paradigma biológico de tolerancia y adaptación. Rev. méd. Chile [en línea]. 2011 Mar [citado 14 Feb 2017]; 139(3): 400-405. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000300019&lng=es.
32. Definición de embarazo a término. Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]. 2013 Dic [citado 14 Feb 2017]; 73(4): 285-286. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322013000400010&lng=es.
33. Issler J. Embarazo de la adolescencia. Rev. Posgrado Cátedra de Medicina [en línea]. 2001 Ago [citado 14 Feb 2017]; 107 (5): 11-23. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/68744783/EMBARAZO-EN-LA-ADOLESCENCIA-Dr-Juan-R-Issler-Revista-de-Posgrado-de-la-Catedra-VIa-Medicina-N107-Ago2001>
34. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modulo I “Embarazo, parto y puerperio (adolescente y adulta)”. Normas de atención en salud integral para primer y segundo nivel. Volumen I. 2 ed. Guatemala: MSPAS; 2010.
35. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva [en línea]. Guatemala: OSAR; 2015 [actualizado Ago 2015; citado 14 Feb 2017] Embarazadas de 10 a 14 años.[aprox 1 pant.]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/289_21.pdf
36. Hun Sante SM. El embarazo en la adolescencia precoz. Instantáneas. Rev. Panam Salud Pública [en línea]. 2000 [citado 14 Feb 2017]; 4 (2): 262-3. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S086403192012000100004&lang=es>
37. Molina R. Abuso sexual en adolescentes: aspectos epidemiológicos. En: Sandoval J, González E, editores de Salud sexual y reproductiva en la adolescencia [en línea]. Santiago: Mediterráneo; 2003 [citado 14 Feb 2017]; p. 1-5. Disponible en: <https://issuu.com/oscuilca/docs/name8a4074/35>

38. Embarazos en niñas y adolescentes. Arch. argent. pediatría [en línea]. 2010 Dic [citado 08 Feb 2017]; 108(6): 562-565. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S03200752010000600021&lng=es.
39. Cogollo Z, Gómez E, De Arco O, Ruiz I, Campo-Arias A. Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. rev. colomb. psiquiat [en línea]. 2009 Dic [citado 30 Mar 2017]; 38(4): 637-644. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474502009000400005&lng=en.
40. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitae E. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev. Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2002 Ago [citado 30 Mar 2017]; 28 (2): [aprox. 1 pant.] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.pdf
41. González ML. Aborto en edad peligrosa. Juventud Rebelde [en línea]. 2004 [citado 30 Mar 2017]; 10 (31): 4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192002000300008
42. López Rodríguez Y. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Rev. Cubana Enferm [en línea]. 2012 Mar [citado 08 Feb 2017]; 28 (1): 23-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192012000100004&lng=es.
43. Molina C, Molina G, González A. Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos. Un grave problema de salud pública no resuelto. Rev. Méd. Chile. [en línea]. 2007 [citado 08 Feb 2017]; 135 (1): 79-86. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000100011
44. Mendoza TLA, Arias GM, Mendoza TLI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Rev. chil. obstet. ginecol [en línea]. 2012 [citado 08 Feb 2017]; 77 (5): 375-382. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262012000500008&lng=es.
45. Sibai BM. Immunologic aspects of preeclampsia. J Obstet Gynecol [en línea] 2001 [citado 01 Mar 2017]; 6 (3): 27-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1446422>

46. Molina R. Salud reproductiva del adolescente. Rev Hosp Clín Univ Chile. [en línea]. 1990 [citado 08 Feb 2017]; 2 (1): 18-20. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/reproductive_health/es/
47. Symonds EM. Hypertension in pregnancy. Arch Dis Fetal Neonatal Ed [en línea]. 1995 [citado 08 Feb 2017]; 72 (2): 139-144. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528384/>
48. González Labrador I, Miyar Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2001 Ago [citado 20 Mar 2017]; 17(4): 367-378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000400010&lng=es.
49. Salazar Cutiño B, Álvarez Franco E, Maestre Salazar L, León Duharte D, Pérez Garí O. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. MEDISAN [en línea]. 2006 [citado 20 Mar 2017]; 10 (3): [aprox. 2-3 pant.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_03_06/san07306r.htm
50. Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal de los derechos humanos. [en línea]. Ginebra: ONU; 2008 [citado 14 Feb 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
51. Guatemala. Congreso de la República. Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, Decreto número 23-2000 del Congreso de la República de Guatemala, Diario de Centroamérica 18 (18 Jul 2003).
52. Guatemala. Congreso de la República. Artículo 28 del Decreto No. 9-2009 del Congreso de la República de Guatemala, que reforma el Artículo 173 del Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. Diario de Centroamérica 49, (20 Mar 2009).
53. Guatemala. Congreso de la República. Código Penal, Decreto Número 17-73 del Congreso de la República de Guatemala. Diario oficial, (15 Sep 1973).
54. Carta de Entendimiento entre la Secretaría contra la Violencia, Explotación y Trata de Personas y Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva. [en línea]. Guatemala: SVET, OSAR; 2013 [citado 14 Feb 2017]. Disponible en: www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/236_2.pdf
55. Moreno López DJ. Atención integral de la adolescente menor de 15 años embarazada. En: XVI Congreso Latinoamericano de Pediatría. 14-18 de Nov 2012. Colombia: Asociación Latinoamericana de Pediatría ALAPE; 2012. p. 12-13.

56. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regularización de los Programas de Atención a las Personas/DRPAP. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala: MSPAS; 2010.
57. Guatemala. Defensoría de los Derechos Humanos de la Mujer. Análisis de la situación. Embarazos en niñas y adolescentes en Guatemala 2011-2013. Guatemala: DDHM; 2013. (Informe temático).
58. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo en adolescentes: estado de la población mundial 2013. Nueva York: UNFPA; 2013.
59. Balán R, Angell J. Las historias de vida en ciencias sociales. Teoría y técnica. [en línea]. Buenos Aires: Nueva Vision; 1974 [citado 26 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.worldcat.org/title/historias-de-vida-en-ciencias-sociales-teoria-y-tecnica/oclc/2147654>
60. Martín García AV. Theory fundamentation and utilitation of life story and life history as techniques of investigation in social pedagogy. Aula [en línea]. 1995 [citado 26 Abr 2017]; 1(7): 41-60. Disponible en: <http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/fundamentacion-teorica-y-uso-de-lashistorias-de-vida-ecomo-tecnica-de-investigacion.pdf>.
61. Fernández Núñez L. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Fichas para investigadores. Butlletí La Recerca [en línea]. 2006 Oct [citado 14 Feb 2017]; ficha 7: (aprox. 1-5 pant.). Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>
62. Rodríguez Sabiote C, Lorenzo Quiles O, Herrera Torres L. Teoría y práctica de análisis de datos cualitativos: Proceso general y criterios de calidad. Rev Int Cienc Soc y Human [en línea]. 2005 [citado 26 Abr 2017]; 15 (2): 133-154. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>.
63. Organización Mundial de la Salud. Guías operacionales para comités de ética que evalúan investigación biomédica [en línea]. Ginebra: OMS; 2002 [citado 27 Abr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/tdr/publications/training-guideline-publications/operational-guidelines-ethics-biomedical-research/en/S>
64. Ortega Gustín AM. Antes, durante y después del embarazo adolescente: Proyectos de vida y vivencias sobre su sexualidad [tesis Ciencias Humanas en línea]. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Estudios de Género; 2013 [citado 26 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11724/1/489185.2013.pdf>

65. Díaz Curbelo A, Aliño Santiago M, Velasco Boza A, Rodríguez Cárdenas A, Rodríguez Tahuile V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2008 Dic [citado 26 Jun 2017]; 34 (3): 4-6. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2008000300006&lng=es.
66. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Franco Bonal A, Silva Valido J, Velázquez Zúñiga GA. Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2003 Dic [citado 26 jun 2017]; 19 (6): 1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252003000600002&lng=es.
67. Salazar A, Rodríguez LF, Daza RA. Embarazo y maternidad adolescente en Bogotá y municipios aledaños: consecuencias en el estudio, estado civil, estructura familiar, ocupación y proyecto de vida. pers.bioét. [en línea] 2007 Dic [citado 26 Jun 2017]; 11 (2): 170-185. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012331222007000200007&lng=en.
68. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada: características y riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 1997 Jun [citado 26 Jun 2017]; 23(1): 13-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X1997000100003&lng=es.
69. Molina SM, Ferrada NC, Pérez VR, Cid SL, Casanueva EV, García CA. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev med Chile [en línea]. 2004 Ene [citado 26 Jun 2017]; 132(1): 65-70. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872004000100010&lng=es.
70. Sánchez A, Martínez-Carrasco MT, Hernández Pérez MC. El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. Matronas Profesión [en línea]. 2004 [citado 26 Jun 2017]; 5 (15): 12-18. Disponible en: <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/7314/173/el-contacto-precoz-madre-hijo-en-el-posparto-satisfaccion-materna-y-vinculo-afectivo>.
71. Ibarra Mustelier L. Adolescencia y maternidad: impacto psicológico en la mujer. Rev Cub Psico [en línea]. 2003 [citado 26 Jun 2017]; 20(1): 43-47. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n1/06.pdf>

11. ANEXOS

ANEXO 1



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Área Curricular de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



HISTORIA DE VIDA

1. ¿Cómo fue tú niñez?
 - ¿Qué hacías en un día normal?
 - ¿Qué jugabas?
 - ¿Con quiénes jugabas?
 - ¿Qué te gustaba hacer?
 - ¿Con quién te gustaba estar?
 - ¿Qué querías ser cuando fueras grande?
 - ¿Cómo te sentía?
2. ¿Alguna vez te hablaron de sexualidad?
 - ¿En dónde te hablaron del tema?
 - ¿Qué te dijeron?
 - ¿Crees que es importante hablar de estos temas?
3. ¿Cómo te enteraste que estabas embarazada?
 - ¿Cómo te diste cuenta?
 - ¿Qué pensaste?
 - ¿Cómo te sentiste?
 - ¿A quién le contaste?
 - ¿Qué querías hacer en ese momento?
 - ¿Cambió tu vida?
 - ¿Cómo fueron tus relaciones personales con la familia y la sociedad?
 - ¿Te apoyaron?
4. ¿Cómo fue el momento del parto?
 - ¿Cómo te imaginaste que sería?
 - ¿En qué momento conociste a tu bebé?

- ¿Qué sentiste al ver por primera vez a tu bebé?
- ¿Cuántos días estuviste en el hospital?

5. ¿Cómo fue tu vida después del parto?

- ¿Cómo es un día normal de tu vida?
- ¿Alguien te ayudó a cuidar al bebé?
- ¿Cómo cambió tu vida?
- ¿Extrañas algo de tu vida antes del embarazo?
- ¿Cómo te reincorporaste a tu vida normal?
- ¿Cómo te sientes siendo madre?
- ¿Cambiarías algo de tu embarazo?
- ¿Qué consejo le darías a una adolescente que no ha pasado por estas circunstancias?

ANEXO 2



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Área Curricular de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su hija ha sido invitada a participar en una investigación sobre la experiencia de haber tenido un embarazo durante la adolescencia temprana como parte de un proyecto de graduación titulado “Percepción de niñas madres menores de 14 años ante el embarazo”. Esta investigación es realizada por Kathia María Domínguez Mancilla, Thelma Lucía Godoy Espinoza y Verónica Paola Ríos Mesías todas estudiantes de 7º año de la carrera de médico y cirujano general de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Esta investigación reunirá información sobre las experiencias vividas en el embarazo durante la adolescencia temprana mediante una entrevista que puede realizarse en una o varias sesiones con la finalidad de alcanzar los objetivos de la misma. Las sesiones se programarán según su disposición de tiempo y se realizarán en un lugar apropiado. Se grabará la entrevista. No registraremos su nombre durante la entrevista y en caso de obtención de información personal que pueda revelar su identidad durante la misma, serán omitidos de la publicación final.

Protegeremos la información sobre su hija y su participación en la investigación, solamente las investigadoras y las doctoras y Ada Beatriz Reyes Juárez (asesor) y Aida Guadalupe

Barrera Pérez (revisor) tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a su persona como participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado.

Puede que no halla beneficio directo para su hija, pero su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. La investigación puede ayudar adolescentes tanto de generaciones presentes como futuras a enfrentar un embarazo a temprana edad; así como al personal en salud para entender y empatizar con dichas pacientes.

La participación de su hija es voluntaria y no hay sanción por rehusarse a tomar parte. Puede rehusarse a contestar cualquier pregunta de la entrevista o interrumpir ésta en cualquier momento. Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre de la madre y/o representante legal de la participante

Firma o huella dactilar de la madre y/o representante legal de la participante



Hemos discutido el contenido de esta hoja de consentimiento informado con el arriba firmante.

Kathia María Domínguez Mancilla
Investigadora

Thelma Lucía Godoy Espinoza
Investigadora

Verónica Paola Ríos Mesías
Investigadora

ANEXO 3



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Área Curricular de Investigación
Coordinación de Trabajos de Graduación



ASENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la experiencia de haber tenido un embarazo durante la adolescencia temprana como parte de un proyecto de graduación titulado “Percepción de niñas madres menores de 14 años ante el embarazo”. Esta investigación es realizada por Kathia María Domínguez Mancilla, Thelma Lucía Godoy Espinoza y Verónica Paola Rios Mesías todas estudiantes de 7º año de la carrera de médico y cirujano general de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Esta investigación reunirá información sobre las experiencias vividas en el embarazo durante la adolescencia temprana mediante una entrevista que puede realizarse en una o varias sesiones con la finalidad de alcanzar los objetivos de la misma. Las sesiones se programarán según su disposición de tiempo y se realizarán en un lugar apropiado. Se grabará la entrevista. No registraremos su nombre durante la entrevista y en caso de obtención de información personal que pueda revelar su identidad durante la misma, serán omitidos de la publicación final.

Protegeremos la información sobre usted y su participación en la investigación, solamente las investigadoras y las doctoras y Ada Beatriz Reyes Juárez (asesor) y Aida Guadalupe Barrera Pérez (revisor) tendrán acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a su persona como participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado.

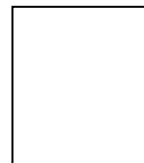
Puede que no halla beneficio directo para usted, pero su participación nos ayudará a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. La investigación puede ayudar adolescentes tanto de generaciones presentes como futuras a enfrentar un embarazo a temprana edad; así como al personal en salud para entender y empatizar con dichas pacientes.

Su participación es voluntaria y no hay sanción por rehusarse a tomar parte. Puede rehusarse a contestar cualquier pregunta de la entrevista o interrumpir ésta en cualquier momento. Todos los datos ofrecidos para este trabajo únicamente serán utilizados con fines docentes y de investigación.

He leído la información proporcionada y he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre de la participante

Firma o huella dactilar de la participante



Hemos discutido el contenido de esta hoja de consentimiento informado con el arriba firmante.

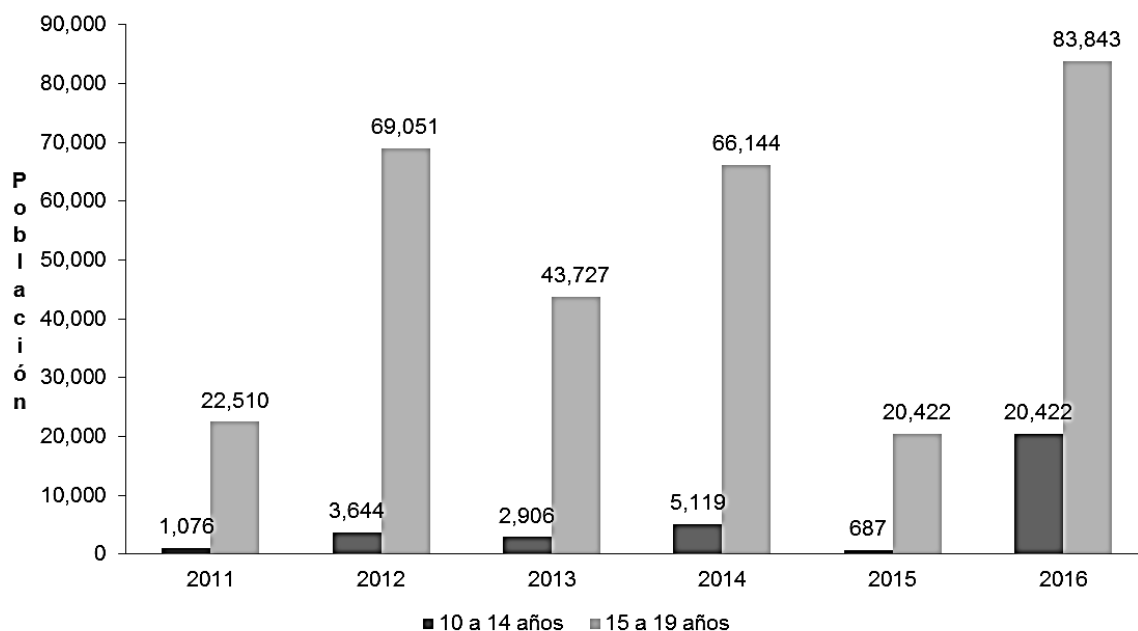
Kathia María Domínguez Mancilla
Investigadora

Thelma Lucía Godoy Espinoza
Investigadora

Verónica Paola Ríos Mesías
Investigadora

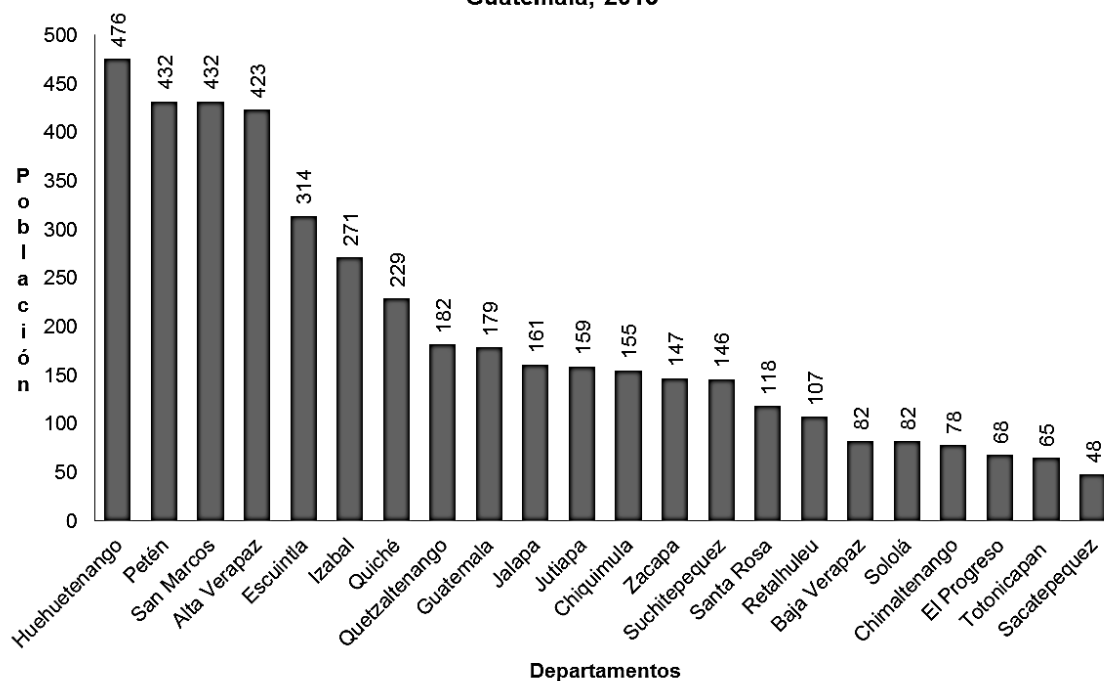
ANEXO 4

Gráfica 1
República de Guatemala
Embarazo en Niñas y Adolescentes 2011 -2016



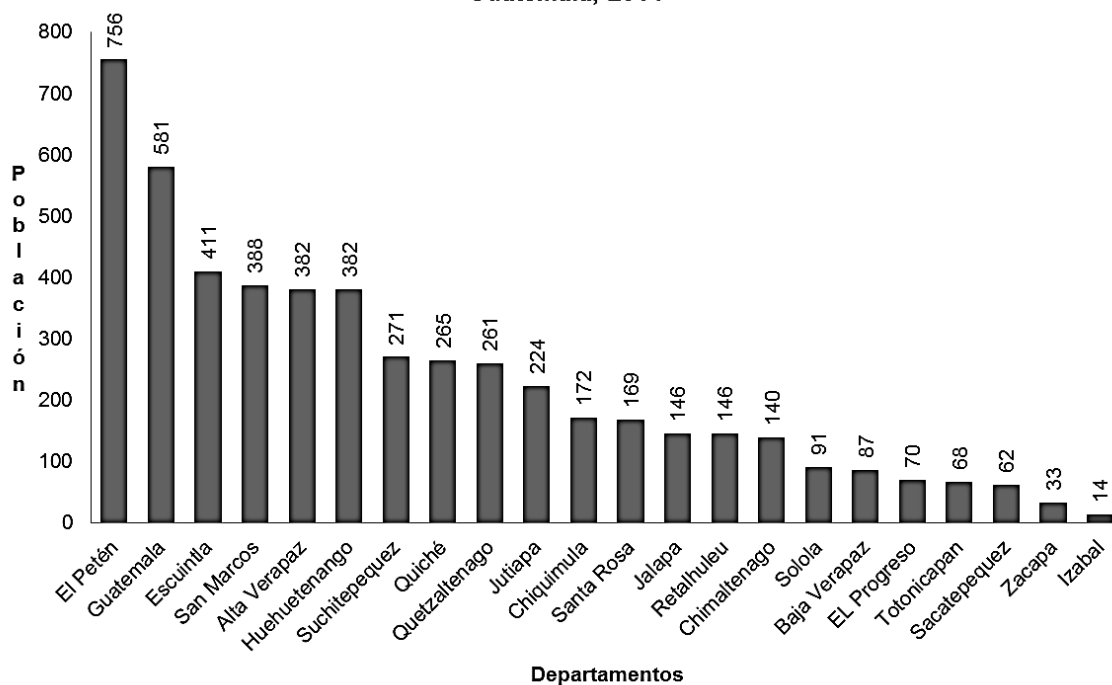
Fuente: Información de SIGSA, MSPAS

Gráfica 2
Distribución de Embarazos Adolescentes de 10 a 14 años
Guatemala, 2013



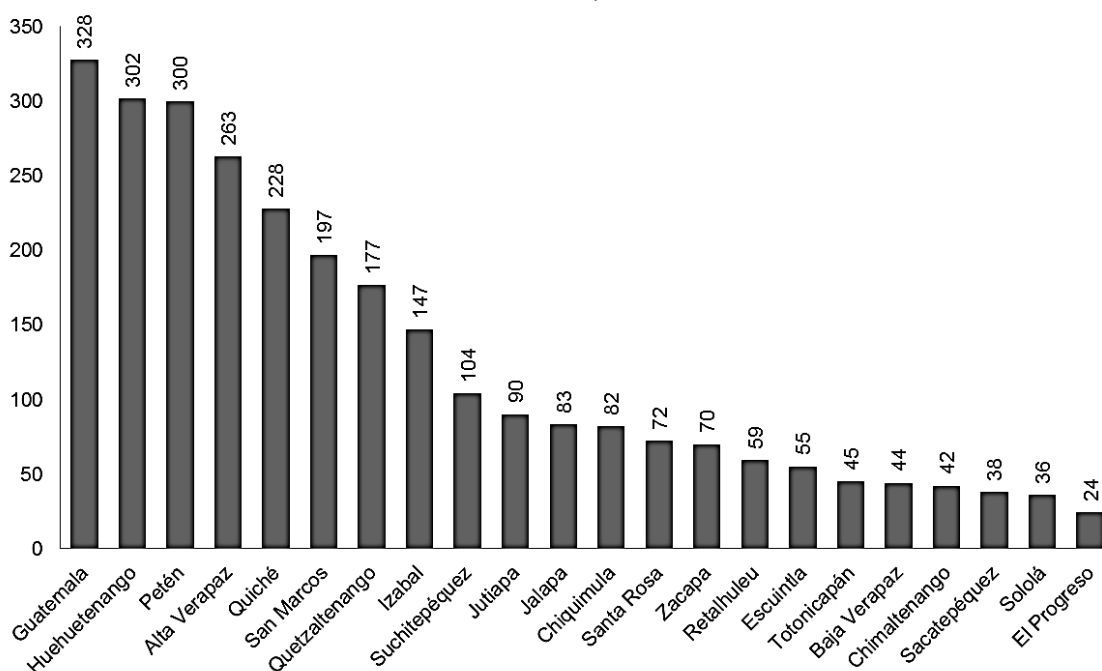
Fuente: DEFEM con información de SIGSA, MSPAS. Guatemala, diciembre 2013.

Gráfica 3
Distribución de Embarazos Adolescentes de 10 a 14 años
Guatemala, 2014



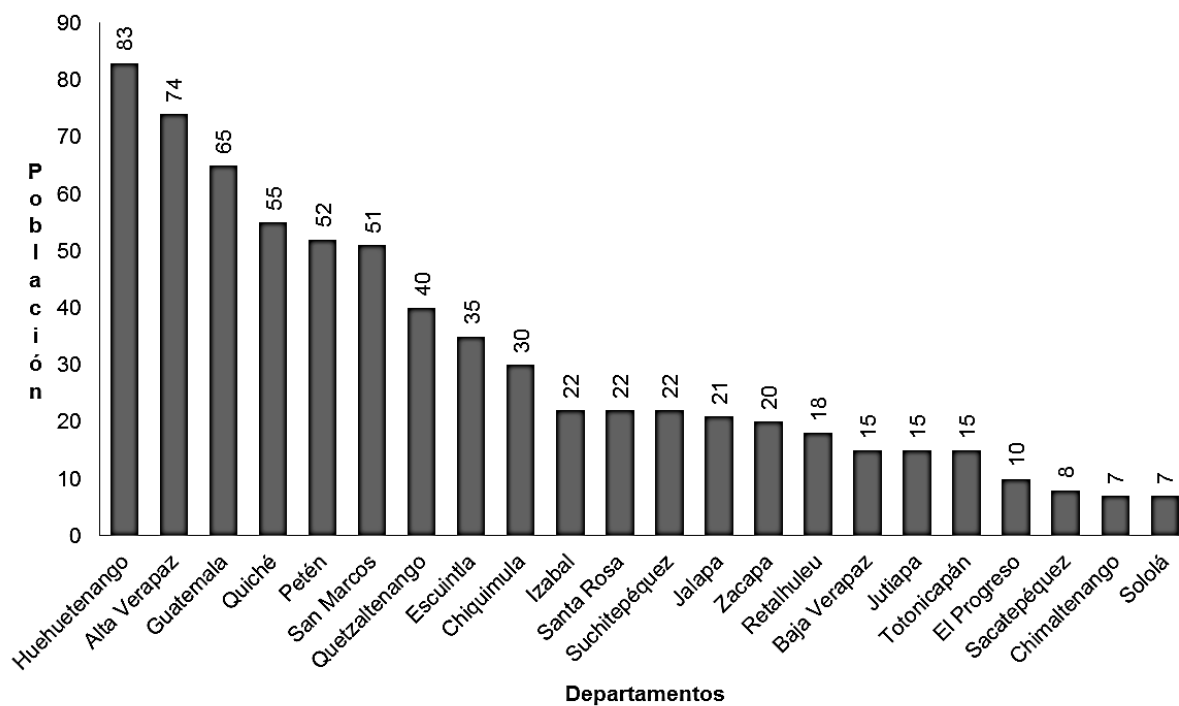
Fuente: Sistema de información gerencial en salud SIGSA. MSPAS, Guatemala diciembre 2014.

Gráfica 4
Distribución de Embarazos Adolescentes de 10 a 14 años
Guatemala, 2015



Fuente: Sistema de información gerencial en salud SIGSA. MSPAS, Guatemala diciembre 2015.

Gráfica 5
Distribución de Embarazos Adolescentes de 10 a 14 años
Guatemala, Marzo 2016



Fuente: Sistema de información gerencial en salud SIGSA. MSPAS, Guatemala Marzo 2016.