

# EL EMBARAZO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS ADOLESCENTES

*Aproximación cualitativa a la Salud Mental  
de las Adolescentes Embarazadas y  
Propuesta de Intervención Psicosocial*

Seminario de Título para optar al  
Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social  
y al Título Profesional de Asistente Social

**Institución Patrocinante**  
CONSULTORIO GENERAL URBANO BELLOTO SUR

**Autora**  
PRISCILLA BARRERA CORTEZ

**Profesora Guía**  
DRA. ELENA SALUM ALVARADO

## AGRADECIMIENTOS

**S**on muchas las personas especiales a las que me gustaría agradecer su amistad, compañía y apoyo brindado durante todo el proceso académico. A cada uno de ellos(as) quisiera agradecerles por estar a mi lado; aquellos que contribuyeron a que mi ánimo no decayera en los momentos más difíciles, y por sobre todo, a las oportunidades que en la vida me ha dado Dios...Gracias.

*Papá y Mamá, gracias a ustedes soy lo que soy. Les agradezco todo lo que han hecho por mí; por su apoyo constante; por su comprensión y sabiduría, estaré por siempre agradecida.*

*Orlando, mi compañero de la vida, siempre estaré agradecida por tu apoyo incondicional, comprensión y amor.*

*Valeria, mujer de gran sabiduría y fuerza, gracias por ser una "excelente suegra", mi consejera durante todos estos años.*

*A mis amigos, gracias por ser tan alegres, y por darme ánimo y consejo.*

*Gracias compañeros y compañeras de Trabajo Social, en especial a Pamela, jamás olvidaremos los aprendizajes vividos.*

*A mi profesora guía, Dra. Elena Salum Alvarado, por ser parte de la etapa más importante de mi vida académica, por su apoyo y asesoramiento teórico- metodológico.*

*A la Asistente Social Susana Barahona, por acompañarme durante todo el proceso y entregarme sus conocimientos profesionales en salud.*

*Al Psicólogo Emilio Inostroza, por asesorarme en el proceso de Seminario de Título.*

*A todo ustedes, mis infinitas gracias...*

**Priscilla.**

*A todas aquellas Adolescentes  
Embarazadas que buscan  
auxilio, comprensión y apoyo.*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Páginas

### CAPÍTULO I: Marco Institucional

1. Presentación .....	9
2. La salud entre dos enfoques .....	10
3. Atención Primaria de Salud y los nuevos Centros de salud .....	11
3.1. Atención Primaria de Salud (APS) .....	11
3.2. Centros de salud .....	13
4. Sistema de Salud chileno .....	14
4.1. Subsector Público de la Salud: Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) .....	15
4.2. Sistemas Previsionales de Salud .....	17
4.3. Financiamiento de la Salud .....	19
4.4. La Administración Municipal de Salud .....	21
5. Antecedentes Institucionales y Contextuales del CGU de Belloto Sur .....	24
5.1. Antecedentes contextuales de la comuna de Quilpué .....	24
5.2. Antecedentes Biodemográficos de la comuna de Quilpué .....	25
5.3. Antecedentes Institucionales del CGU Belloto Sur .....	27
6. Trabajo Social en Salud .....	34

### CAPÍTULO II: Investigación Diagnóstica

1. Presentación .....	31
2. Problematización .....	33
3. Justificación .....	35

#### Marco Teórico

1. Presentación .....	41
2. Contextualización: transformación en la esfera social actual .....	42
2.1. Transformaciones en la esfera social .....	44
3. Adolescencia: época de cambios y logros de desarrollo .....	46
3.1. Definición de adolescencia .....	46
3.2. Logros de desarrollo en la adolescencia .....	48
3.3. Sexualidad en la adolescencia .....	49
4. Embarazo. Etapa de cambios para la mujer y su hijo(a) .....	51
4.1. Definición de embarazo .....	51
4.2. Crecimiento y desarrollo del feto .....	51
4.3. Adaptaciones físicas en la mujer .....	53
4.4. El vínculo materno como adaptación psicológica en el embarazo .....	54
4.5. Problemas durante el embarazo y maternidad .....	55
5. Embarazo en la Adolescencia .....	61
5.1. Actitud de la adolescente frente al embarazo, parto y crianza .....	63
5.2. Consecuencias psicosociales del embarazo en la adolescencia .....	67
6. Apoyo familiar y social durante el embarazo adolescente .....	69
6.1. Apoyo social .....	69
6.2. Funciones del Apoyo Social .....	70
6.3. Apoyo familiar y embarazo adolescente .....	71
7. Salud Mental y Bienestar Psicológico .....	72
7.1. La salud mental como Bienestar .....	72
7.2. Bienestar Psicológico .....	74
7.3. Modelo Integrado de Desarrollo Personal (Ryff, 1989) .....	76

#### Diseño de Investigación

1. Presentación .....	84
2. Antecedentes Metodológicos .....	85
2.1. Paradigma de investigación: cualitativa-interpretativa .....	85
2.2. Tipo de estudio .....	86
2.3. Enfoque Teórico Metodológico .....	87
3. Propósito de investigación .....	89
4. Preguntas de investigación .....	91
5. Objetivos de la investigación .....	92
6. Diseño Muestral .....	93
6.1. Universo .....	93

6.2. Criterios de selección .....	93
6.3. Muestra .....	93
7. Criterios de Calidad .....	94
8. Instrumentos de recolección de datos .....	97
8.1. Entrevista focalizada Estandarizada y Programada .....	97
8.2. Relatos de vida y cartas.....	98
9. Relación entre preguntas de investigación e instrumentos de recolección de datos.....	99
10. Análisis de los Datos .....	101
10.1. Análisis de Contenido .....	103
11. Cronograma .....	104
12. Plan de Análisis .....	105

### **Análisis e Interpretación de los Datos**

1. Presentación .....	108
2. Descripción de los sujetos de estudio.....	109
3. Análisis de la entrevista sobre percepción de embarazo y Bienestar Psicológico .....	111
3.1. Significados y percepciones en torno al embarazo adolescente .....	111
3.2. Consecuencias del embarazo .....	120
3.3. Apoyo social y familiar durante el Embarazo .....	122
3.4. Bienestar Psicológico durante el Embarazo Adolescente.....	127
4. Análisis de Contenido de las cartas dirigidas al hijo(a) .....	137
4.1. Categorización y codificación de indicadores .....	139
4.2. Análisis e Interpretación de las cartas .....	141
5. Evaluación de los criterios de rigor y cronograma de trabajo .....	146
6. Síntesis Diagnóstica .....	151
6.1. Identificación de Problemas e Intervención.....	151
7. Prognosis .....	156

### **CAPÍTULO III: Propuesta Programática**

1. Presentación .....	159
2. Datos Generales del Proyecto .....	160
3. Antecedentes de la Institución .....	160
4. Antecedentes del proyecto .....	161
5. Dimensión Técnica .....	162
5.1. Diagnóstico .....	162
6. Planteamiento del problema y Justificación del proyecto.....	164
6.1. Planteamiento del problema .....	164
6.2. Justificación del Proyecto.....	164
7. Sujeto de Atención .....	165
7.1. Identificación del Sujeto de Atención .....	165
7.2. Caracterización del Sujeto de Atención .....	165
8. Objetivos del proyecto .....	166
8.1. Objetivos Generales .....	166
8.2. Objetivos Específicos .....	166
9. Matriz lógica de actividades .....	167
10. Orientación para la planificación de actividades .....	173
11. Estrategias del Proyecto .....	174
12. Diseño para la evaluación .....	176
13. Coordinación Territorial .....	177
14. Recurso Humano.....	177
14.1. Características del equipo técnico y profesional.....	178

<b>Conclusiones Generales</b> .....	181
-------------------------------------	-----

<b>Bibliografía</b> .....	183
---------------------------	-----

<b>Anexos</b> .....	186
---------------------	-----

## ÍNDICE DE DIAGRAMAS

		Páginas
Diagrama Nº 1	Organización del sistema de salud chileno	14
Diagrama Nº 2	Infraestructura organizacional del CGU de Belloto Sur	30
Diagrama Nº 3	Actitud frente al embarazo según el contexto social	64
Diagrama Nº 4	Actitud frente al embarazo según el ámbito individual	65
Diagrama Nº 5	Investigación y propuesta de Seminario de Título	90
Diagrama Nº 6	Triangulación de Fuentes	95
Diagrama Nº 7	Significados y Percepciones en torno al Embarazo Adolescente	113
Diagrama Nº 8	Factores del Embarazo deseado y no deseado	115
Diagrama Nº 9	Frustración de los padres ante el embarazo adolescente	117
Diagrama Nº 10	Causas del deseo de abortar en el embarazo adolescente	119
Diagrama Nº 11	Consecuencias del embarazo en las adolescentes embarazadas	121
Diagrama Nº 12	Apoyo social familiar de la adolescente embarazada	124
Diagrama Nº 13	Satisfacción y malestar durante el embarazo adolescente	129
Diagrama Nº 14	Características de la autoestima durante el embarazo adolescente	131
Diagrama Nº 15	Características de los vínculos sociales de la adolescente embarazada	133
Diagrama Nº 16	Proyectos de vida de la adolescente embarazada	135
Diagrama Nº 17	Autonomía e independencia durante el embarazo adolescente	136

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1	El cambio de la asistencia ambulatoria a la APS	12
Tabla Nº 2	Niveles de Atención en Salud	16
Tabla Nº 3	Población según edad Adolescente	24
Tabla Nº 4	Población y familias en Quilpué según línea de la pobreza	24
Tabla Nº 5	Indicadores de Salud	25
Tabla Nº 6	Antecedentes institucionales del CGU de Belloto Sur	27
Tabla Nº 7	Centros de salud con mayor numero de inscritos en Quilpué	27
Tabla Nº 8	Atención de salud en el CGU de Belloto Sur	30
Tabla Nº 9	Funciones del Trabajo Social en Atención Primaria de Salud	35
Tabla Nº 10	Tendencia de cambio en las familias (casen 2006)	44
Tabla Nº 11	Logros de desarrollo en la adolescencia	48
Tabla Nº 12	Tipos de consumo de drogas	59
Tabla Nº 13	Actitud frente al embarazo según la edad de la adolescente	65
Tabla Nº 14	Tipos de Apoyo Social	70
Tabla Nº 15	Características de la Investigación Cualitativa	85
Tabla Nº 16	Procedimientos del Método Fenomenológico	87
Tabla Nº 17	Procedimientos del Método Biográfico	88
Tabla Nº 18	Rigor científico de la Investigación Cualitativa	94
Tabla Nº 19	Relación entre preguntas de investigación e instrumentos de recolección de datos	99
Tabla Nº 20	Reducción de los datos	101
Tabla Nº 21	Frecuencia según el total de cartas	141
Tabla Nº 22	Frecuencia de los indicadores en las cartas	144
Tabla Nº 23	Criterios de selección para la intervención	165

## INTRODUCCIÓN

La Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso contempla al final del proceso de formación curricular, el Seminario de Título, el cual corresponde a una Investigación que permite plasmar los conocimientos, destrezas y habilidades adquiridos en los distintos niveles de formación; constituyendo de esta manera una experiencia enriquecedora para el quehacer Profesional.

En este contexto se enmarca el presente Seminario de Título denominado *El Embarazo desde la perspectiva de las Adolescentes: Aproximación Cualitativa al Bienestar Psicológico de las Adolescentes Embarazadas y Propuesta de Intervención Psicosocial*, realizado por la alumna seminarista Priscilla Barrera Cortez, durante los meses de Marzo a Octubre, de 2010, bajo la dirección académica de la Dra. Elena Salum Alvarado, y con el patrocinio del Consultorio General Urbano de Belloto Sur.

El tema de Salud Mental en el Embarazo Adolescente tiene relevancia en el área de la salud. Primero, porque aborda una parte del concepto de salud relacionado con lo psicosocial, tan importante como lo biológico. La tradicional atención biomédica en salud ha permitido que los y las adolescentes sean asiduamente considerados como un grupo sano, pero al pensar en la adolescencia como una etapa crítica de la vida, cuyos cambios biológicos y psicológicos pueden afectar el desarrollo del individuo, la percepción cambia. Es por esto que se hace necesaria la intervención psicosocial en la adolescencia en el área de la salud.

Segundo, el embarazo adolescente en Chile ha tenido una disminución en los últimos años. Cuantitativamente se sabe que las adolescentes embarazadas representan un pequeño sector de la población, “del total de nacidos vivos un 15,2% corresponden a hijos de madres entre 15 y 19 años de edad, y un 0,4% a madres menores de 15 años”, pero no debe pasar inadvertido, cuando tras la cifra se ocultan una multiplicidad de problemas sociales y psicológicos a raíz del embarazo en la adolescencia, que no sólo afectan a la adolescente sino también al entorno familiar y especialmente al niño(a); inseguridad, miedo, percepción de un proyecto de vida quebrantado, baja autoestima, aborto, ausencia de un vínculo maternal, pobreza, por nombrar algunos. Estos son los antecedentes que orientan la investigación y permiten fundamentar la importancia que tiene conocer la problemática del embarazo en la adolescencia.

Desde la perspectiva profesional del Trabajador Social, se considera una temática de interés para ser abordada, ya que los embarazos en la adolescencia actúan como fenómeno familiar y social que deben ser atendidos de manera multidisciplinaria a partir del campo de conocimiento de las Ciencias Sociales. En este sentido, el Trabajo Social

delimita su campo de acción, identificando las demandas que se derivan del problema coadyuvando, así a plantear las alternativas de solución que dicha problemática presenta.

Asimismo, la investigación centrada en la elaboración de un diagnóstico acerca del embarazo adolescente aporta al Trabajo Social la acumulación de conocimientos en torno al tema, lo que permite a la postre, intervenciones pertinentes al problema identificado.

A continuación se expone la estructura general del Informe de Seminario de Título:

En el Capítulo I se desarrolla el Marco Institucional, el cual cumple la función de ser fuente de conocimiento del funcionamiento y organización del Consultorio de Belloto Sur. Está compuesto por la política social que rige el funcionamiento de la institución y los antecedentes generales de ésta.

En el Capítulo II se presenta la Investigación Diagnóstica, que comprende el diseño de investigación, el Marco Teórico y el Análisis de los Datos, para terminar con la Síntesis Diagnóstica y la Prognosis que da paso al tercer capítulo de este seminario.

En el Capítulo III se formula la Propuesta Programática denominada *Intervención Psicosocial en el Embarazo Adolescente*. En este apartado se detallan los objetivos de la intervención y la matriz lógica de las actividades, como su orientación y estrategias a seguir.

Finalmente, la Bibliografía utilizada y Anexo. Conjuntamente al informe se adjunta CD-ROM, que contiene el respaldo del informe en formato PDF, además de la transcripción de entrevistas, y la tabla de categorización-codificación.

## RESUMEN

El Seminario de Título que se expone, trata principalmente de una investigación social en el área de la salud mental de la Adolescente Embarazada.

Esta investigación tiene como objetivos, por un lado, conocer la salud mental de las Adolescentes Embarazadas a través del Bienestar Psicológico, y por otro lado, la confección de una propuesta programática en torno al Embarazo Adolescente.

La metodología utilizada para la investigación es de lógica cualitativa-interpretativa, de tipo exploratoria-descriptiva, no experimental y transaccional. Asimismo, se apoya en los enfoques teórico-metodológicos de la Fenomenología y del Método Biográfico.

En el embarazo adolescente, se observan dos cosas. Por una parte, una percepción negativa del embarazo asociada a la pérdida de libertad. Frustración y rechazo al embarazo, y un proyecto de vida interrumpido. Por otra parte, existe satisfacción por embarazo, el cual imprime felicidad a la adolescente, pero también hay inmadurez respecto a la crianza, en donde la adolescente no percibe el costo o la responsabilidad que requiere la maternidad. Más allá de lo que signifique el embarazo para la adolescente, éste siempre constituirá un problema, para la adolescente, hijo(a) y entorno familiar. Pues, la adolescente no se encuentra preparada aún para ser madre, y por lo tanto debe enfrentar tanto su etapa de desarrollo como el embarazo y posterior crianza.

Los resultados de ésta investigación apuntan a desarrollar acciones en salud mental frente al embarazo adolescente, visto este como un problema difícil de afrontar por la adolescente. Es trascendental sugerir que en cualquier intervención se deben al menos incorporar el fortalecimiento del apoyo familiar, el establecimiento de un proyecto de vida, el desarrollo del vínculo maternal, y fomentar una salud mental positiva, desde una visión preventiva, creando un mejor entorno para el menor.

---

**Palabras clave:**

Investigación, Embarazo Adolescente, Salud Mental, Metodología, Resultados.

---

# CAPÍTULO I

**Marco  
Institucional**

## 1. PRESENTACIÓN

Lo que se expone a continuación es el Marco institucional del Consultorio de Belloto Sur, el cual tiene como objetivo conocer el contexto institucional en el que se configura el presente Seminario de Título.

Este informe contiene principalmente tres ideas a desarrollar. Primero, se detallan los lineamientos políticos que ordenan la Salud en nuestro país, fundamentalmente lo relativo a la Atención Primaria de Salud.

Segundo, se menciona el Sistema de Salud Chileno; el sector público, privado, su financiamiento y organización.

Finalmente la Administración Municipal, dando paso a los antecedentes contextuales de la institución patrocinadora.

## 2. LA SALUD ENTRE DOS ENFOQUES

La Salud ha sido entendida desde un enfoque biomédico, teniendo como objetivo la enfermedad y “han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el tratamiento de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a su prevención y a la conservación y promoción de la salud” (Martin y Cano, 2003, p.5)

“Desde hace años, ésta situación ha comenzado a revisarse amplia y profundamente. Los sistemas sanitarios han comenzado a girar la brújula de sus objetivos fundamentales desde el norte de la enfermedad al de la salud. Todos los profesionales sanitarios son conscientes de que la función primordial de un sistema sanitario no radica en exclusiva en garantizar el derecho del paciente a ser correctamente diagnosticado y tratado, sino también en procurar que no enferme, que se mantenga sano; priorizar en definitiva su derecho a la salud, asimilando en cierta medida la enfermedad como un fracaso en el logro de este objetivo” (Op.cit)

“Estas consideraciones no son nuevas, ya que muchos autores han expuesto y analizado con anterioridad. A partir de principios de la década de 1970 y, sobretudo, a raíz de la conferencia de la OMS de Alma-Ata (1978), el conjunto del entramado profesional, social y político de gran parte de las naciones ha ido asumiendo la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios” (Op.cit)

La Organización Mundial de la Salud concibe la salud como el *Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad*. La Salud está compuesta por tres componentes esenciales: lo social, lo mental y lo físico. Cada uno de estos contribuye al bienestar personal, y si uno de estos componentes falla la salud se desestabiliza y la persona puede enfermar.

En la actualidad, Chile ha sufrido una serie de cambios, observándose un giro del concepto salud-enfermedad, centrándose el foco en la salud (bienestar físico, psicológico y social), lo que a su vez implica un reconocimiento de la influencia de condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas en el estado de salud de las personas, de su familia y de su comunidad (Ministerio de Salud, 2001).

### 3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LOS NUEVOS CENTROS DE SALUD

#### 3.1. Atención Primaria de Salud (APS)

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (APS) como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanentemente de asistencia sanitaria”( OMS, 1978)

En la misma conferencia se señala, entre otras cosas, que la Atención Primaria de salud:

- ❖ Es un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
- ❖ Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.
- ❖ Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunidades y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
- ❖ Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y

el control de la Atención Primaria de Salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

Respecto a este último punto, no se debe confundir la APS con la *Atención Ambulatoria de Salud*. “El término Atención de Salud Ambulatoria alude a los individuos y organizaciones que dispensan servicios de salud personal en régimen extra-hospitalario” (OMS, 2000). En la tabla N°1 se reflejan claramente las diferencias conceptuales y de contenido entre estas.

**Tabla N° 1: El cambio de la Asistencia Ambulatoria a la APS**

<b>Objetivos</b> De enfermedad Curación	Salud Prevención y cuidado
<b>Contenido</b> De tratamiento Cuidado esporádico Problemas específicos	Promoción de la salud Cuidado continuo Cuidado global
<b>Organización</b> De especialistas Médicos Practica individual	Médicos generales Otros profesionales Trabajo en equipo
<b>Responsabilidad</b> De sector sanitario-aislado Dominio profesional Recepción pasiva de los cuidados	Colaboración Intersectorial Participación comunitaria

**Fuente:** A. Martin Zurro, J.F. Cano Pérez (2003)

Por otro lado, habría que hacer un alcance en el término *Atención Primaria* ya que, se entiende como un nivel de intervención en salud, a diferencia de la APS que más allá que un nivel, representa un enfoque de salud. La definición de *Atención Primaria*, corresponde a “la asistencia de nivel básico dispensada por igual a todas las personas. Aborda los problemas más frecuentes de la comunidad mediante la dispensación de servicios preventivos, curativos y rehabilitadores para mejorar todo lo posible la salud y el bienestar. La atención primaria se distingue de otros tipos de atención por las características clínicas de los pacientes y sus problemas” [...] “Los médicos de atención primaria se distinguen de sus homólogos de la atención secundaria y terciaria por la diversidad de los problemas que han de abordar” (Op.cit)

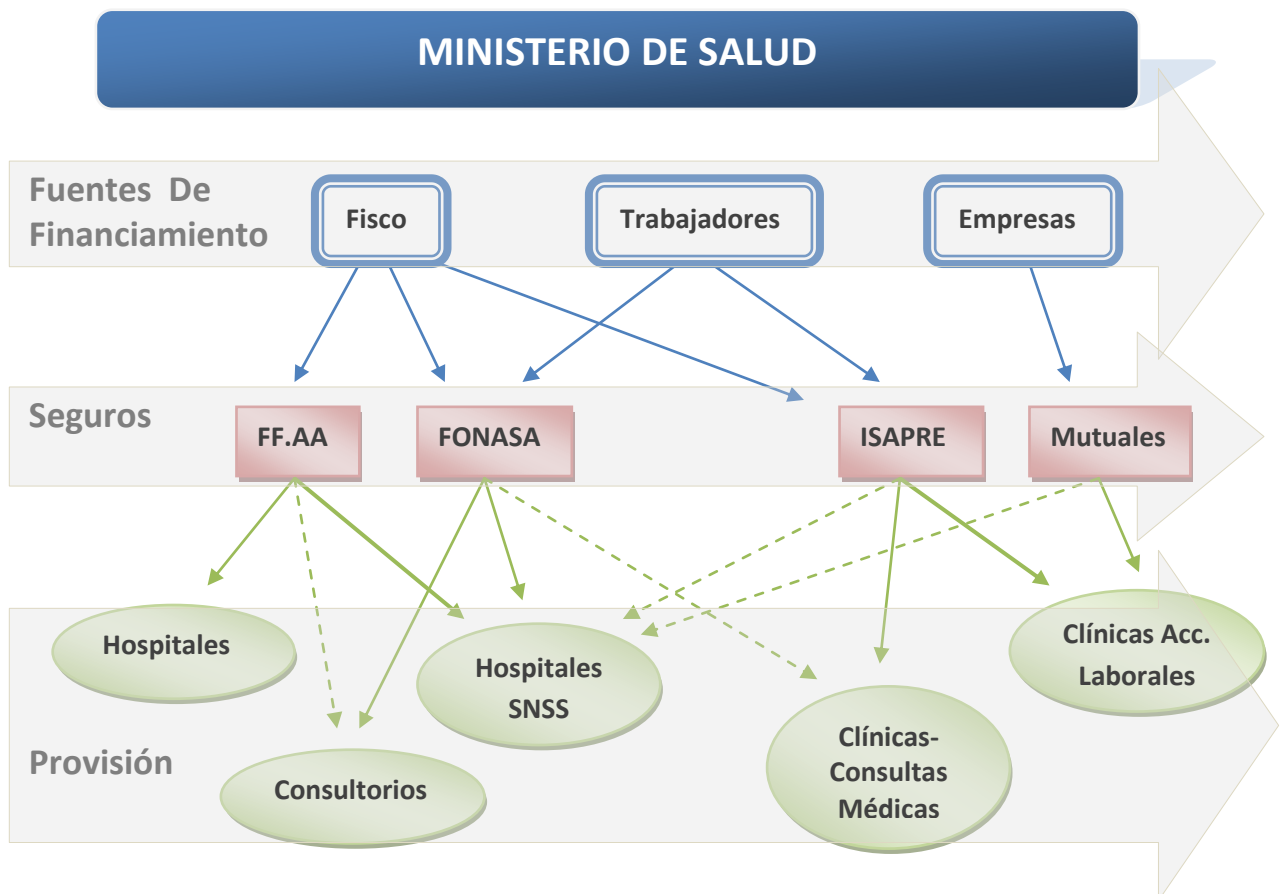
### 3.2. Centros de Salud

Los centros de salud (de la APS) “son la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de las actividades de la atención primaria de salud, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y basada en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el centro. El centro de salud asume como institución la responsabilidad de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud como los estrictamente asistenciales curativos” (Martin y Cano, 2003, p.7)

#### 4. SISTEMA DE SALUD CHILENO

El sistema de salud, sector del quehacer nacional, está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

**Diagrama N° 1:** Organización del Sistema Chileno de Salud.



**Fuente:** Elaboración propia.

“El Sistema de Salud chileno está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en su aspecto financiero y por Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por la Institución de salud previsional (ISAPRE) y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios” (Colegio Médico de Chile, 2010)

Seguidamente se revisa el sistema de salud del subsector público, el cual concierne a la institución que patrocina este seminario.

#### 4.1. Subsector Público de la Salud: Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

##### Organización Institucional del SNSS

La organización del SNSS se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

Al Ministerio de Salud le corresponde ejercer la función que le compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud nacional y de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de los enfermos. Fundamentalmente, están a su cargo el dictado de normas, la formulación de planes y programas, la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las políticas y planes de salud, y de la coordinación de las actividades que tienen incidencia sobre el estado de salud, tanto de los organismos de su propio sistema, como con otras instituciones del sector y con otros sectores.

A nivel de cada Región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de salud), responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete.

Estos son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones.

Están estructurados internamente en una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias.

La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

### Organización Asistencial del SNSS

Para llevar a cabo sus funciones, el SNSS se ha estructurado en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención; éstos últimos organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial. En la tabla N°2 se mencionan las características de cada nivel de atención.

<b>Tabla N° 2: Niveles de Atención en Salud</b>			
	<b>Nivel Primario</b>	<b>Nivel Secundario</b>	<b>Nivel Terciario</b>
Complejidad	Baja	Media	Alta
Cobertura Poblacional	Alta	Media	Baja
Atención	Ambulatoria (abierta)	Ambulatoria (abierta y hospitalaria (cerrada))	Ambulatoria (abierta y hospitalaria (cerrada))
Medios	Unidades simples de apoyo diagnóstico y terapéutico	Unidades diferenciadas de atención directa al paciente y de apoyo diagnóstico y terapéutico	Unidades complejas de atención directa al paciente, como así también de apoyo diagnóstico y terapéutico
Actividades	Controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria	Actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes más complejos, a través de un tratamiento especializado y eventualmente una internación por varios días.	Actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes con problemas o patologías atinentes a una determinada especialidad médica, con alta complejidad técnica (ej. Enfermedades respiratorias y cirugía torácica, neurología)
Personal	Médicos generales y personal de colaboración (profesionales, técnicos y auxiliares)	Mayor dotación de médicos generales y de médicos especialistas, como así también de personal de colaboración.	Médicos especialistas y personal de colaboración
Tipo de Establecimiento	Consultorios generales, centros de salud, servicios de urgencia, postas de salud y estaciones médicas.	Hospitales y centros de atención ambulatoria con tecnología de especialidad	Institutos, hospitales de especialidad y centros clínicos especializados.
<b>Fuente:</b> Elaboración propia basada en información del colegio médico de Chile.			

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

## Recurso Asistencial del SNSS

El SNSS cuenta en todo el país con 197 establecimientos hospitalarios, incluye nueve hospitales delegados. Tiene además un total de 376 consultorios de los cuales 230 son generales urbanos (15 de ellos pertenecen aún al SNSS), 146 son consultorios generales rurales y tiene además 1.102 postas rurales.

### **4.2. Sistemas Previsionales de Salud**

Los sistemas previsionales de salud se apoyan en el Régimen de Seguro de Salud, y en el Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley Nº 16.744).

El seguro de salud es financiado por el trabajador con el aporte de un 7 por ciento de sus remuneraciones, y opcionalmente por el empleador con un aporte adicional del 2 por ciento para sus trabajadores afiliados a las ISAPRE. Estos aportes del trabajador son ingresados en su mayor parte al Fondo Nacional de Salud o a las Instituciones de Salud Previsional.

## Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud, creado en 1979 (DL. 2763) junto al SNSS y determinación de nuevas funciones normativas. Sus funciones fueron reglamentadas por el D.S. 300/1986 del Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados<sup>1</sup> (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio.

Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud.

---

<sup>1</sup> El Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) de Chile, funcionó entre 1942 y 1979. Atendía las prestaciones de asistencia médica y dental de los empleados públicos y privados bajo la modalidad de un sistema administrativo o de libre elección (bonos). A diferencia del Servicio Nacional de Salud (SNS) que atendía los obreros y el resto de la población.

Corresponde igualmente al FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

Para cumplir con tales funciones FONASA cuenta con una estructura a Nivel Central y está desconcentrado territorialmente para la administración de la modalidad de Libre Elección.

### Sistemas Previsionales Privados

El subsector privado, de acuerdo a sus fines, se agrupa en la forma que a continuación se señala:

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), creadas en el año 1981 (DFL N° 3) tienen por objetivo el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados, ya sea mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros. La afiliación es voluntaria, mediante cuotas que son pactadas teniendo en vista diferentes planes y coberturas que ofrecen las diversas instituciones.

La creación de las ISAPRE se funda en la dictación del DFL 3/1981, en la cual se establecieron las normas para su funcionamiento. Estas instituciones parecieron como alternativa privada en el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, a FONASA.

La promulgación de la ley de salud (18.469/1986) que reestructuró las bases del sistema de salud, estableció un sistema único de cotización obligatoria, que podía efectuarse en forma excluyente al sistema previsional público o privado.

En 1990 se promulgó la ley 18.933 en que se estableció nuevas normas para el otorgamiento de prestaciones de salud y se creó la Superintendencia de ISAPRE, organismo autónomo dependiente del Ministerio de salud cuya función es fiscalizar a las ISAPRE y supervigilar el cumplimiento de los contratos de salud.

En 1995 se introdujo modificaciones a la ley 8933, a través de la ley 19.831, destacando materias relativas al uso del excedente de cotización y readecuación de los contratos.

### 4.3. Financiamiento de la Salud

#### Sistema Público

La asignación de recursos depende del tipo de atención: primaria, secundaria o terciaria.

En el caso de la Salud Primaria, el mecanismo inyecta recursos dependiendo de la población inscrita en el consultorio de la comuna (\$1.429 mensuales por paciente atendido, Decreto 77, Diciembre 2005). A mayor inscritos, más recursos, se el sistema proporcional. Los recursos financieros en este caso provienen de FONASA y el modelo utilizado para su distribución operativa es el FAPEM (Facturación por Atención Prestada). Otra forma de financiación de la Salud Primaria es a través de recursos propios que los mismos municipios le asignen al rubro sanitario. Finalmente, operan programas en SAPU, y AUGÉ. Se estima que el 30% de los recursos fiscales, asignados a Salud, están destinados a la atención primaria. Del total de recursos, 2/3 son ocupados en personal.

Para el caso de los tipos de atención secundaria y terciaria se establecen programas regulares de financiamiento de acuerdo distintos criterios.

En los tres casos, el origen de los recursos del subsistema público encuentra su principal fuente en el aporte fiscal, seguido por las cotizaciones.

En menor relevancia, los “ingresos de operación”, los “aportes del usuario libre elección” y el mismo endeudamiento, son las fuentes restantes a través de las cuales este subsistema logra su financiamiento.

#### Sistema Privado

El sistema privado, basa su financiamiento en las cotizaciones individuales y obligatorias recogidas en las empresas (7%). También obtienen financiamiento de organizaciones no gubernamentales, empresas privadas vía donaciones, etc. Finalmente el gasto de bolsillo efectuado por los particulares como gasto personal privado es otro importante componente.

El gasto privado en salud se compone de:

- ❖ Gastos realizados por las ISAPRES de fondos aportados por las personas, directamente o a través de las empresas.

- ❖ Gastos realizados por instituciones no gubernamentales sin fines de lucro, de fondos provenientes de donaciones, colectas públicas y otros medios.

El gasto personal privado, el que puede tomar las modalidades de:

- ❖ El gasto directo (sin aporte previsional) por servicios asistenciales.
- ❖ El gasto de las personas cubiertas por algún sistema previsional, por pago de préstamos concedidos y como co-pago o pago del costo *deducible*, efectuado mediante la compra de bonos, que está destinado a cubrir la diferencia entre el costo del servicio recibido y el arancel del servicio recibido y el arancel fijado por el plan al que ellas están afiliadas (FONASA e ISAPRE).
- ❖ El gasto efectuado por las personas para la adquisición de bienes, entre los cuales destacan los medicamentos.

#### 4.4. La Administración Municipal de Salud

En 1980 se dictó el DFL. N° 1/3063, que permitió el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal. El proceso se realizó entre 1981 y 1988, quedando en manos de la administración municipal la mayoría de los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

El proceso de administración municipal se enmarca en la concepción de la descentralización como una de las estrategias para la reforma del sistema público de salud.

En los establecimientos bajo administración municipal se realizan actividades de nivel de primario de atención, de complejidad asistencial más simple que en los otros niveles que cuentan con especialidades médicas y el nivel de tecnología correspondiente a dichas especialidades.

Sin embargo, el nivel primario de atención también es provisto en el sector ambulatorio de hospitales del SNSS, en los consultorios adosados a hospitales generales de tipo 3 y 4 y algunos hospitales de tipo 2.

##### Objetivos de la Administración Municipal de Salud

- ❖ Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud; llevándolas al nivel comunal;
- ❖ Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS;
- ❖ Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;
- ❖ Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura;
- ❖ Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; y
- ❖ Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental.

## La Gestión de Administración Municipal de Salud

Los establecimientos son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades (Alcaldes) y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. La gestión municipal y la supervisión por parte del Servicio de Salud se orientan por un manual de procedimientos técnico administrativos, que incluyen las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos del funcionamiento.

La Municipalidad se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica de la autoridad de salud. Cada Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda. Igualmente se define las responsabilidades de los Servicios de Salud. Se otorgan las prestaciones de los programas de salud con la participación de profesionales y personal auxiliar de acuerdo a criterio técnico y normas vigentes al respecto.

Es obligación de cada Municipalidad la contratación del personal adecuado y necesario para dar cumplimiento a las obligaciones asistenciales que contrae en virtud de los convenios.

Estos centros deben atender "integralmente" la patología simple y derivar a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución. Asimismo, las partes se obligan a desarrollar y mantener un sistema de coordinación expedito para la referencia, derivación y contra referencia de los beneficiarios enviados por los establecimientos municipales.

## Financiamiento de la Administración Municipal

El financiamiento es uno de los aspectos más relevantes en la administración municipal. Necesariamente implica la entrega de aportes financieros suficientes que permitan llevar a cabo las tareas encomendadas. Sin embargo, el proceso involucra además la movilización de recursos financieros desde las propias Municipalidades.

Inicialmente, la transferencia de aportes desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) a los Municipios, se efectuó fundamentalmente a través de un sistema de facturación por atenciones prestadas (FAPEM): cada acción, comprendida en un listado establecido entregada por el Municipio a algún beneficiario, significaba un monto predefinido en un arancel. Luego, dado el fuerte crecimiento de la oferta en salud que generó esta modalidad, los aportes ministeriales según prestaciones efectuadas debieron ser limitados en un techo FAPEM de contención de costos.

Existen limitaciones en el financiamiento a la administración municipal, con diversas explicaciones y orígenes, destacando la contención de costos, déficit operacionales absorbidos por las propias municipalidades (con cargo a sus fondos generales, de ingresos propios o de las transferencias del fondo común municipal) y dificultades para suplementar los déficit producidos. Ello redundó además en una contracción de su oferta de servicios de salud a su población.

## 5. ANTECEDENTES INSTITUCIONALES Y CONTEXTUALES: CONSULTORIO GENERAL URBANO DE BELLOTO SUR

### 5.1. Antecedentes Contextuales de la Comuna de Quilpué

#### Geografía y Socio Demografía

La comuna de Quilpué comprende a una superficie de 536.9 Km. 2 de los cuales 302.4 Km. 2 (57%) corresponden al sector urbano, el resto es área rural. La cobertura de pavimentación urbana es de 36,5%.

Según el Censo 2002, la población de la comuna de Quilpué corresponde a un total de 128.578 personas, de los cuales 61.329 son hombres y 67.249 mujeres, el Censo 2003 refleja un aumento de 9% sobre el censo puesto que contabiliza 140.046 habitantes, lo que nos indica una densidad poblacional promedio de 260.84 habitantes por KM 2, sin embargo, en la realidad la población se concentra principalmente en el área urbana.

La población adolescente en la comuna de Quilpué se indica en la tabla N°3.

Tabla N° 3. Población Según Edad Adolescente.	
Categoría	Nº Habitantes
0-4	8.665
05-09	10.475
10-14	11.233
15-19	10.513
20-24	9.810
Total	128.578

**Fuente:** Elaboración propia basado en el Plan de salud comunal 2009-2010. CMQ

#### Situación de la Pobreza

Tabla N° 4. Población y familias en Quilpué según línea de pobreza.	
Indigentes	6,7%
Pobres no indigentes	11,0%
No pobres	82,3%

**Fuente:** Elaboración propia basado en el Plan de salud comunal 2009-2010. CMQ

#### Situación en Educación

- ❖ La tasa de analfabetismo para el área de Quilpué es de un 1.9%, inferior a la tasa de la V región Valparaíso que es de un 2,9%.

- ❖ El nivel de escolaridad promedio en las personas mayores de 15 años es de 11,1 años, siendo de 10,9 años para los hombres y de 11, 1 años para las mujeres.
- ❖ El promedio para la región de Valparaíso es de 10,3 años de escolaridad.

## 5.2. Antecedentes Biodemográficos de la Comuna de Quilpué.

En la tabla N°5 se muestran los indicadores de salud más relevantes, comparados con el nivel país y con el Servicio de Salud Viña-Quillota:

Tabla N° 5: Indicadores de Salud			
Indicador	País	SS. Viña-Quillota	Quilpué
Tasa de Natalidad (tasa por 1000 hab.)	16.10	14.31	14.76
Tasa de Mortalidad General (tasa por 1000 hab.)	5.20	6.06	6.51
Tasa de Mortalidad Infantil (x 1000 nacidos vivos)	7.80	5.99	4.73
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (%)		5.36	5.03
Prevalencia de malnutrición en menores de 6 años por déficit		3.46	2.71
Prevalencia de malnutrición en menores de 6 años por exceso		7.27	6.52
Obesidad de niños de 2 a 5 años en control			
Talla/edad de niños de 2 a 5 años en control			
Proporción de adolescentes embarazadas en control		19.08	21.19
Consultas médicas por habitante		0.9	1.1
Mortalidad de 20 a 64 años por enfermedades cardiovasculares (tasa por 100.000 hab.)		57.12	72.19
Mortalidad de 20 a 64 años por tumores malignos (tasa por 100.000 hab.)		79.11	66.64
Mortalidad de 20 a 64 años por enfermedades respiratorias (tasa por 100.000 hab.)		7.91	9.72
Mortalidad de 20 a 64 años por traumatismos y envenenamientos (tasa por 100.000 hab.)		41.29	38.87
Mortalidad de 20 a 64 años por cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado (tasa por 100.000 hab.)		20.07	18.05
Mortalidad de 20 a 64 años por causa mal definida (tasa por 100.000 hab.)		3.47	2.78

**Fuente:** Elaboración propia basado en el Plan de salud comunal 2009-2010. CMQ

### Embarazo Adolescente en la Comuna de Quilpué

De las 1.502 embarazadas que ingresaron a control en los establecimientos de salud municipal de la comuna el 21,2% son adolescentes (menores de 19 años) disminuyendo respecto año anteriores. Al evaluar la tasa de embarazo adolescente con la población inscrita adolescente vemos que la tasa de embarazo es de 6.5%, más baja que la nacional.

De los ingresos a embarazo, el 4,6% termina como aborto, tasa que no ha aumentado respecto a otros años.

- ❖ Ingreso Precoz a Control de Embarazo

En promedio ingresaron a control en el primer trimestre de embarazo el 89% de los gestantes, del grupo de las adolescentes sólo ingresa precozmente a control el 80%. Esta ha sido producto de una estrategia del *Chile Crece Contigo* que ha permitido el ingreso precoz a control en cada establecimiento y así disminuir los riesgos para la madre y el recién nacido, otorgándole educación, pesquisa y derivación precoz de cualquier problema biopsicosocial, medidas que continuaron reforzándose en el 2010 con la aplicación del programa.

❖ Incidencias de patologías en el embarazo.

El 11% de las patologías que se detectan en las embarazadas corresponden a anemia, el 10% a infecciones del tracto urinario y un 7,6% a edad gestacional dudosa, el 5,2% a hipertensión arterial, 1,4% a colestasia intrahepática y 6,2% con diabetes gestacional atendidas en los consultorios y en el alto riesgo obstétrico del hospital de Quilpué, previniendo los riesgos para la gestación.

❖ Condición del recién nacido.

La evaluación de la edad gestacional de los 1.158 recién nacidos que se controlan muestra que el 95% nace de término y sólo el 5% prematuros (61 recién nacidos).

Respecto de los nacimientos, el 53% son por parto y el 47% por cesárea, cifra que ha aumentado en el tiempo.

Un 20% de los niños(as) nacen con peso menor a 3.000 gr. Lo que revela la necesidad de seguir interviniendo antes y durante el parto.

❖ Cobertura de paternidad responsable.

De las mujeres que han tenido su parto el 91% ingresa a la paternidad responsable con algún método anticonceptivo.

De las púerperas menores de 20 años de edad, el 83% inicia un método de regulación de la fecundidad.

La cobertura de mujeres que utiliza algún método anticonceptivo en la comuna alcanza a 12.055 mujeres que representan al 53% de las mujeres en edad fértil.

### 5.3. Antecedentes Institucionales: Consultorio General Urbano de Belloto Sur.

Tabla Nº 6: Antecedentes institucionales del C.G.U. Belloto Sur		
Consultorio Urbano(C.G.U.)	General	Belloto Sur
Dirección:	Calle Alba con Tierras Rojas s/n. Quilpué, Región de Valparaíso.	
Servicio de Salud	Viña del Mar – Quillota (SSVQ)	
Entidad Administrativa	Municipal/Corporación Municipal de Quilpué	
<b>Fuente:</b> Elaboración propia basado en el Plan de salud comunal 2009-2010. CMQ		

Como se aprecia en la tabla Nº6, el Consultorio de Belloto Sur depende del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la Corporación Municipal de Quilpué, quien además tiene a su cargo los siguientes servicios:

- ❖ Consultorio General Urbano de Quilpué.
- ❖ Posta Urbana de Belloto Norte.
- ❖ Control de Salud de Pompeya
- ❖ Posta Rural de Colliguay.
- ❖ Cesfam A. Iván Manríquez

Tabla Nº 7: Centros de salud con mayor número de inscritos en Quilpué.	
C.G.U De Quilpué	49.775 inscritos
C.G.U. De Bello Sur	28.970 inscritos
Posta Rural de Colliguay	12.303 inscritos
Total	108.519 inscritos
<b>Fuente:</b> Elaboración propia basado en el Plan de salud comunal 2009-2010. CMQ	

#### Radio de Atención del C.G.U. de Belloto Sur.

El Radio de Atención de la institución corresponde a la población residente en Belloto Sur, Belloto Norte, Troncos Viejos, Quilpué y Villa Alemana. Su cobertura se relaciona con toda la población afiliada al sistema público de salud, FONASA que se encuentre inscrita en el consultorio atendiendo a toda la población de los sectores antes descritos.

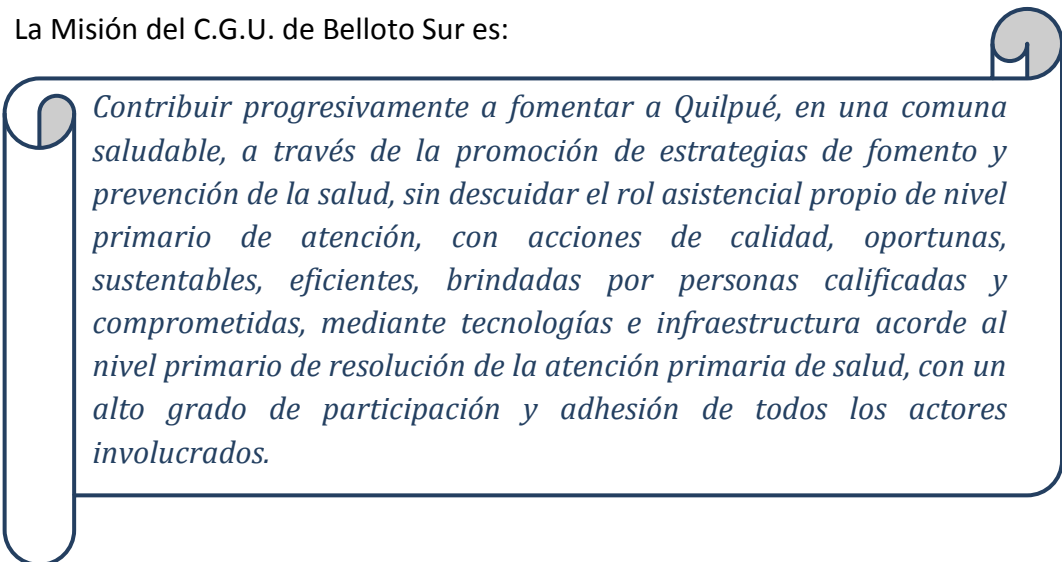
#### Visión del C.G.U. de Belloto Sur.

Su Visión es de liderar desde el municipio, a través de la atención primaria municipal con un amplio grado de participación de todos los actores comunales, la transformación de Quilpué, en una comuna saludable. Para lo anterior, los objetivos estratégicos de la atención primaria de Quilpué se encuadran en el desarrollo de las

políticas de Atención Primaria de Salud de Quilpué, de un compromiso en que las acciones de salud deben ser dirigidas a localizar y planificar las actividades de salud en la población más vulnerable, como también a resolver los problemas locales de gestión, capacitación, programas, accesibilidad, gestión participativa y equidad según el diagnóstico comunal.

#### Misión del C.G.U. de Belloto Sur

La Misión del C.G.U. de Belloto Sur es:



*Contribuir progresivamente a fomentar a Quilpué, en una comuna saludable, a través de la promoción de estrategias de fomento y prevención de la salud, sin descuidar el rol asistencial propio de nivel primario de atención, con acciones de calidad, oportunas, sustentables, eficientes, brindadas por personas calificadas y comprometidas, mediante tecnologías e infraestructura acorde al nivel primario de resolución de la atención primaria de salud, con un alto grado de participación y adhesión de todos los actores involucrados.*

#### Definición del Quehacer Sanitario Comunal. Quilpué 2009-2011

La definición como un espacio público para el desarrollo de objetivos modernizadores de la gestión en que la máxima autoridad comunal, el Alcalde de la I Municipalidad de Quilpué don Mauricio Viñambres Adasme estableció en su gestión, el compromiso de diseñar el futuro de la comuna con una propuesta integradora y orientadora de la acción de los diferentes agentes económicos, sociales e institucionales, través de la definición de lo enfoques estratégicos en salud, estos son:

- ❖ Aplicar el modelo de atención integral con enfoque de Salud Familiar
- ❖ Trabajar en red, con prestadores de salud pública y privada
- ❖ Desarrollar metodología de calidad de gestión en participación comunitaria y de la Satisfacción usuaria
- ❖ Cumplir con los indicadores de impacto sanitario según la realidad socio sanitaria de la comuna.

Las políticas de Atención Primaria de Salud de Quilpué van dirigidas hacia la satisfacción de las necesidades de salud de la población aplicando el modelo de atención integral a través de estrategias:

- ❖ Mejoramiento de la calidad de atención al implementar el modelo de salud con enfoque familiar y comunitario
- ❖ Abordaje del trabajo de salud en red.
- ❖ Promover usuarios y comunidad participativa.
- ❖ Mejorar la calidad de atención con el aumento de la satisfacción del usuario interno y externo.
- ❖ Modernizar la gestión en salud para producir impacto sanitario.

#### Equipo de Salud del C.G.U. de Belloto Sur

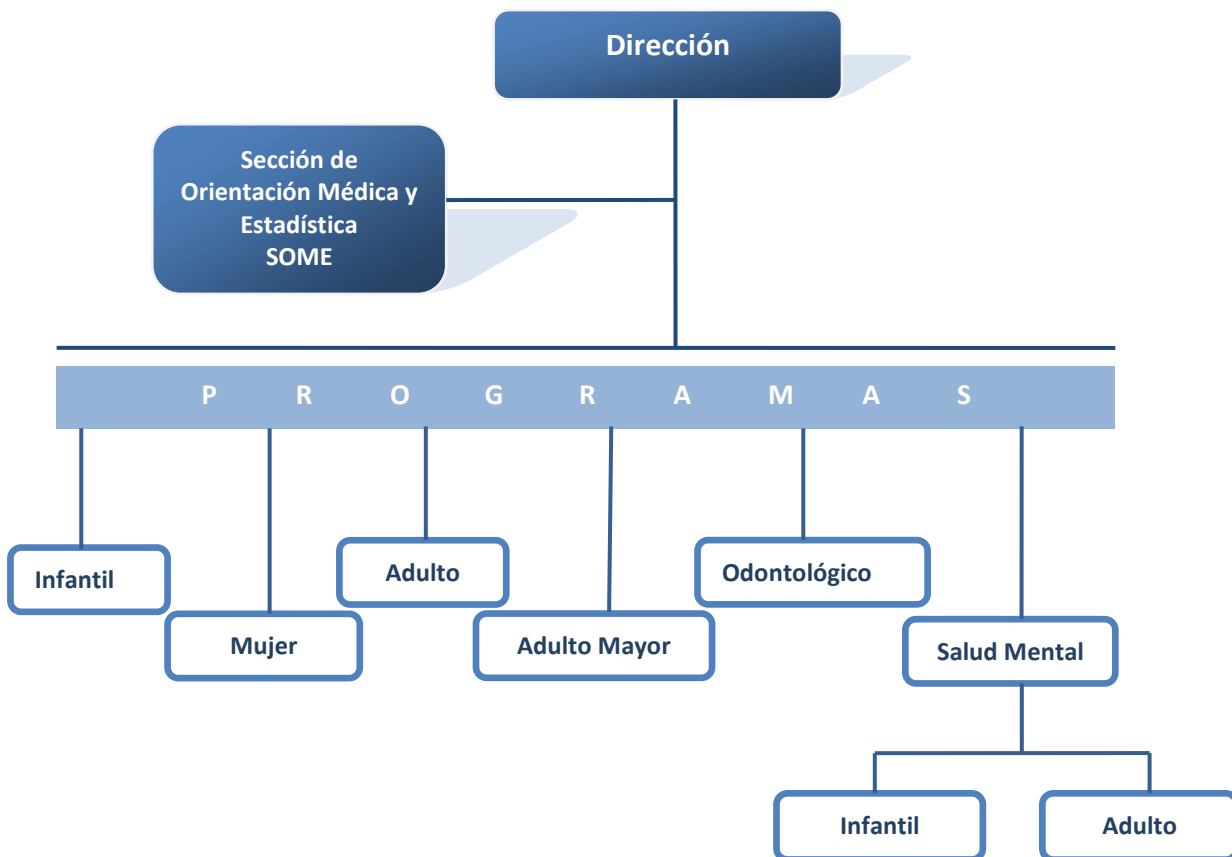
El consultorio cuenta con un total de treinta y nueve funcionarios(as), entre ellos cinco Médicos, seis Enfermeras, dos Matronas, trece Paramédicos, dos Kinesiólogos, un Nutricionista, un Psicólogo, un Dentista y una Trabajador Social.

#### Infraestructura Física

En cuanto a la infraestructura, este centro dispone un total de dieciocho box de atención de pacientes, además de una sala ERA, una sala IRA, un mesón SOME, dos baños de personal, dos baños de pacientes, una oficina dirección, una sala de educación, un comedor de personal, una sala de farmacia, y una sala de entrega de alimentos.

Infraestructura Organizacional del C.G.U.de Belloto Sur.

**Diagrama nº2:** Infraestructura Organizacional del C.G.U. de Belloto Sur.



Fuente: Elaboración propia

Antecedentes Epidemiológicos de la APS de la Comuna de Quilpué

Durante el periodo 2009 para dar atención primaria de salud a 108.519 inscritos y a una población de 108.519 habitantes, los profesionales de los establecimientos otorgaron 250.202 atenciones de salud, en esta evaluación no se incluyen las actividades del personal paramédico y otras de personal no profesional, ni procedimientos.

**Tabla Nº 8:** Atenciones de salud en el C.G.U. de Belloto Sur.

Programa 2009	C.G.U. Belloto Sur	Total	%
Niño	12.606	59.965	24%
Adolescente	2.875	6.369	3%
Mujer	8.670	36.816	15%
Adulto	27.439	87.426	35%
Adulto mayor	17.077	59.626	24%
TOTAL	68.667	250,202	

Fuente: Elaboración propia basado en el Plan de salud comunal 2009-2010. CMQ

## Programas de Salud

### ❖ Programa del Niño y Niña

Para niños(as) menores de 10 años que sean beneficiarios del sistema público de salud. Consiste en una serie de actividades de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación del daño. Los beneficios son:

- 
- Control de salud
  - Control del déficit del desarrollo psicomotor
  - Vacunación
  - Programa de alimentación complementaria
  - Control de malnutrición infantil
  - Control de infecciones respiratorias agudas IRA.
- 

Un total de 8.084 están bajo control en la atención primaria aumentando respecto al año 2008 que fue de 7,694 niños, representando una cobertura de control de 100% de los niños de 0 a 6 años inscritos, lo que muestra que la atención infantil constituye una prioridad para los establecimientos de salud de la comuna incluido en el programa Chile Crece Contigo.

Los niños de 6-14 años 11 meses reciben atención por morbilidad con médicos, programa de vacunación, además de salud escolar de la Junaeb y promoción de la salud, en conjunto con los profesores en todas las escuelas básicas de la comuna.

### ❖ Programa de la Mujer

Contribuye al desarrollo físico, mental y social en todas las etapas del ciclo vital, considerando los diferentes aspectos de la salud de la mujer. Utiliza el enfoque de riesgo, que integra la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y auto cuidado de la salud de la mujer. Pueden acceder las mujeres beneficiarias del sistema público de salud y que estén inscritas en el consultorio. Los beneficios son:

- 
- Consultas por morbilidad.
  - Consejería sexual y reproductiva.
  - Control de la regulación de la fecundidad.
  - Control prenatal.
  - Control del puerperio.
  - Control ginecológico preventivo.
  - Control del climaterio.
  - Consulta de morbilidad obstétrica.
-

#### ❖ Programa del Adulto

Consiste en mejorar la salud de la población adulta mediante la adopción de estilos de vida saludable, prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles, a través del control de los factores de riesgo y la entrega de atención médica oportuna y de calidad. Pueden acceder hombres y mujeres de 20 a 64 años de edad beneficiarios del sistema público de salud. Los beneficios son los siguientes:

- 
- Examen de salud preventiva ESPA
  - Consultas médicas o de enfermería
  - Educación grupal
  - Control de enfermedades respiratorias del adulto ERA.
- 

#### ❖ Programa del Adulto Mayor

Consta en mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, en relación a las enfermedades crónicas o secuelas invalidantes, e impedir las muertes por causas evitables, contribuyendo con ello a prolongar la vida. Pueden acceder todas las personas de 65 y más años que se encuentren inscritas en el consultorio. La atención es gratuita para todos los y las beneficiarios(as) del sistema de salud. Los beneficios son

- 
- Programa de alimentación del adulto mayor PACAM.
  - Vacuna anti influenza.
  - Ortesis y prótesis.
- 

#### ❖ Programa Salud Mental

- Programa de Salud Mental Infantil

Programa que contribuye con estrategias de promoción del desarrollo integral y armónico de los niños y niñas menores de 10 años, a través de actividades de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Pueden acceder todos los niños y niñas que acrediten su calidad de beneficiarios del sistema público de salud. Los beneficios son:

- 
- Diagnóstico, tratamiento y derivación de maltrato infantil
  - Diagnóstico y derivación de síndrome de déficit de atención e hiperactividad.
-

- Programa de Salud Mental Adulto

Programa que contribuye a mejorar la calidad y el acceso de las personas a intervenciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud mental.

Pueden acceder los adultos, mayores de 18 años que se encuentren inscritos en los centros de atención primaria, y presentan algún problema de salud mental. Los beneficios son:

- 
- Diagnóstico y derivación de problemas de salud mental
  - Promoción y prevención de problemas de salud mental
  - Diagnóstico, tratamiento y derivación de la depresión.
  - Prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de alcohol y drogas.
  - Diagnóstico y derivación de violencia intrafamiliar.
  - Diagnóstico y derivación de enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, demencia en adulto mayor, entre otras).
- 

- ❖ Programa Odontológico

Consiste en mantener y mejorar la salud buco-dental de la población, liderando y apoyando los cambios en el ámbito odontológico, con intervenciones efectivas en salud.

Pueden acceder todas las personas inscritas en el centro de atención primaria con previsión vigente. Los beneficios son:

- 
- Consulta odontológica
  - Control de salud bucal
  - Prevención de riesgo de caries
  - Actividades de prevención de enfermedades gingivales y periodontales
  - Derivación a nivel de mayor especialización.
-

## 6. TRABAJO SOCIAL EN SALUD

El Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo en las acciones médico-sanitarias, en donde el/la Asistente social, elabora una respuesta o solución a los problemas y/o necesidades en el individuo, grupo y comunidad.

Teniendo como meta el Bienestar desde lo social, así como la eliminación o reducción de desigualdades para el acceso a la salud, el Trabajador Social ha de satisfacer una serie de objetivos, los cuales se insertan a su vez en el marco regulador de la institución de salud, de la que forman parte. Como los problemas son tan complejos deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, los cuales se vinculan a:

- ❖ Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familias y a la comunidad en general en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que se asuman como agentes de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, aceptándola como un valor colectivo que deben preservar.
- ❖ Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas que inciden en la etiología, la distribución y el desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, identificando, aquellos que retardan o impiden el logro de los objetivos de salud y a la plena utilización de los servicios, así como los que favorecen su logro.
- ❖ Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud orientadas a los objetivos de salud que persiga la institución de salud.

Las funciones del Trabajador Social en Atención Primaria de Salud, relacionada con la promoción, prevención y recuperación de la salud, se describen en la tabla N° 9.

**Tabla N° 9:** Funciones del Trabajo Social en Atención Primaria de Salud

Promoción	Prevención	Recuperación	Rehabilitación
<p>Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.</p> <p>Suministrar información sobre hábitos saludables.</p> <p>Educar para crear comportamientos que permitan fomentar y conservar la salud individual y colectiva.</p>	<p>Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.</p> <p>Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.</p> <p>Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.</p> <p>Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.</p> <p>Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.</p> <p>Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.</p>	<p>Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.</p> <p>Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.</p>	<p>Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.</p> <p>Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.</p>

**Fuente:** elaboración propia basada en la ponencia: Programa de Servicio Social de atención primaria de la Salud. Universidad Biobío.

# CAPÍTULO II

## *Investigación Diagnóstica*

## 1. PRESENTACIÓN

En el capítulo II denominado Investigación Diagnóstica, corresponde exponer los aspectos relacionados con el problema o ámbito de estudio. Se presenta, en una primera parte, el problema que da origen a la investigación, y la justificación del estudio.

Este apartado contiene tres pasos esenciales en la etapa de preparación del estudio; Marco Teórico, Diseño de Investigación, Análisis de los Datos, respectivamente.

Se comienza con el Marco Teórico, que proporciona un primer acercamiento al problema, mencionando además el enfoque teórico que se da al estudio.

El diseño de investigación, el cual provee las orientaciones metodológicas al estudio, a su vez contiene el paradigma investigativo, los enfoques teórico-metodológicos, los objetivos, el diseño muestral, los criterios de rigor a evaluar, los instrumentos de recolección de información y el cronograma de trabajo.

También se detalla el plan de análisis, el que plasma de manera concreta el trabajo según el cronograma. Se añade una breve descripción de las actividades a realizar, indicando el tiempo desde el inicio hasta su término.

Finalizando se presenta el análisis de los datos, además de la síntesis diagnóstica y la prognosis. Ésta última provee un pronóstico de la situación estudiada y da inicio al posterior capítulo en donde se propone una intervención programática enfocada al embarazo adolescente.

## 2. PROBLEMATIZACIÓN

La adolescencia es empleada en dos sentidos diferentes. “Aplicado al desarrollo físico se refiere al periodo que comienza con el rápido crecimiento de la prepubertad y termina cuando se alcanza una plena madurez física” [...] “En sentido psicológico, la adolescencia es una situación anímica, un modo de existencia, que aparece aproximadamente con la pubertad y tiene su fin al alcanzarse una plena madurez social” (Stone, Church, 1995, p. 256).

Una parte importante de la adolescencia tiene relación con el despertar sexual que se produce al aproximarse la madurez biológica. “La búsqueda de objetos amorosos por parte de las adolescentes proviene en parte de la atmosfera de la cultura adolescente, que considera necesario enamorarse. Pero siempre parece estar asociada a la noción de que la vinculación con un hombre es un camino hacia la identidad” (Op.cit., pp.283-285)

En este intento por encontrar la identidad en la unión amorosa y en el vínculo sexual, puede surgir el embarazo, situación que en la adolescencia produce emociones contrapuestas. Al mismo tiempo que se sienten especiales, potentes y creativas, pueden también sentir una pérdida de su identidad individual y preocupación por el futuro. A pesar de lo mucho que una mujer puede desear tener un hijo, puede resultarle deprimente ver y sentir su cuerpo de forma tan diferente. Además, contemplar lo desconocido a menudo provoca ansiedad y nadie puede imaginar antes de los tiempos los cambios que un niño aportará a su vida.

El Embarazo Adolescente se define como “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental” (Romero, 2010)

La maternidad en la adolescencia se considera un problema. En primer lugar por su incidencia. “Del total de nacidos vivos un 15,2% corresponden a hijos de madres entre 15 y 19 años de edad, y un 0,4% a madres menores de 15 años” (INE, 2005). En segundo lugar, es un problema que afecta a todos los estratos socioeconómicos, pero en mayor medida a los más desprotegidos, es decir, “el 54,5% de las madres de entre 15 y 19 años de edad pertenecen a las zonas rurales más pobres a nivel nacional” (MINSAL, 2008, p.28). Además de ser un problema que se da mayoritariamente en este segmento de la población, el embarazo adolescente genera más pobreza; “la mayor prevalencia de maternidad adolescente fuera del matrimonio, la deserción del sistema educacional asociada antes o después del embarazo, la inserción precaria en el mercado laboral y el

posible vínculo con la transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente, generan las condiciones para que los hogares formados por madres adolescentes posean características de vulnerabilidad social y económica desde su génesis”(Op.cit,p.29).

El tema del embarazo adolescente merece una especial atención por la multiplicidad de factores que involucra, y lo complejo que resulta en la vida, no sólo para la adolescente sino también para su familia y el niño o niña que lleva en su vientre.

La adolescente embarazada vive circunstancias biopsicosociales difíciles, lo que influye en gran medida en su estado anímico. Una adolescente que se embaraza se ve enfrentada a una sobrecarga emocional debido a que debe conciliar dos etapas de su vida: la propia adolescencia y la demanda que le exige la maternidad. “La adolescente madre debe asumir múltiples roles, que son aquellos que conlleva una tarea de adultos como es la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura, ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente” (Molina, 2003, p.88)

Si en la adolescencia se presentan turbulentos cambios de toda índole, alterando el estado emocional de las adolescentes, la incorporación de una nueva situación tan compleja como es el embarazo sólo va a contribuir a que ese proceso sea más difícil de enfrentar, causando un daño en la salud mental de la adolescente, lo que es incuestionablemente perjudicial en el hijo(a).

***¿Cómo es la Salud Mental de las Adolescentes Embarazadas del Consultorio de Belloto Sur?*** es la interrogante que orienta la investigación.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de éste estudio está dada por los beneficios que brinda al Consultorio de Belloto Sur, ya que el estudio proporciona finalmente un diagnóstico social de la salud mental de las adolescentes embarazadas. En consecuencia, el estudio permite al equipo de salud del consultorio contar con los antecedentes para la creación y aplicación de proyectos futuros en este ámbito.

Además, el tener presente a los sujetos de estudio como *personas* en estado de vulnerabilidad, permite acceder a ellas con compromiso y profesionalismo, manteniendo el secreto profesional en todo momento. Al mismo tiempo, se proporciona a la adolescente el apoyo emocional o informacional que necesite, lo que representa un beneficio para ellas.

La propuesta programática, de ser efectuada por el consultorio, se beneficiaría no sólo a las adolescentes, sino que a su familia y fundamentalmente a hijo(a), tanto en el mediano y largo plazo.

Por otra parte, se pretende incorporar al estudio el aspecto psicosocial en el proceso investigativo. Basándose en esto, se propone una perspectiva teórica para el entendimiento de la salud mental, proveniente de la psicología positiva, lo que aporta una visión más contemporánea y a la vez contribuye a enriquecer teóricamente a la salud y Trabajo Social.

Metodológicamente se utiliza el enfoque cualitativo, el cual tiene especial relevancia en Trabajo Social, debido a que “valora el interés por conocer cómo las personas experimentan o interpretan el mundo social que construyen en interacción. Epistemológicamente expresa que el conocimiento es un producto de la actividad humana, por lo tanto no se descubre, se produce” (Pasten, 2000, p.18). Desarrollar investigaciones cualitativas en Trabajo Social permite considerar a la persona en su propia realidad y visión de vida, lo que proporciona una postura éticamente más humana a la profesión.

En cuanto a los recursos necesarios para ejecutar el estudio, la institución patrocinadora confirma la viabilidad del proyecto, y provee a la investigación el uso de recursos institucionales siempre y cuando estén a su alcance. Asimismo el equipo de salud, conformado por la Asistente Social y el Psicólogo, orienta en la labor institucional y profesional permitiendo que este estudio sea posible de realizar en el consultorio.



*Marco  
Teórico*

## 1. PRESENTACIÓN

El Marco Teórico se realiza en base a los objetivos de la investigación y tiene el propósito de proveer al estudio el sustento teórico, para ser utilizado tanto en la interpretación de los datos como en el entendimiento de la problemática que trata ésta investigación.

En una primera parte se menciona de manera contextual las transformaciones sociales ocurridas en el último tiempo. Posteriormente se procede a examinar la etapa de la adolescencia, y el embarazo.

En una segunda parte, se revisa el concepto de salud y salud mental, enfocado al bienestar, se plantea el modelo teórico en el cual se basa el estudio, concerniente al Bienestar Psicológico, especificando conceptos como autoestima, proyecto de vida, satisfacción con la vida, autonomía, y vínculos sociales.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN

### *Transformaciones en la esfera social actual*

Debido a que ningún hecho es aislado y todo tiene su causa y efecto; una condición sine qua non en todo trabajo investigativo es contextualizar el problema.

Por lo antes dicho, el embarazo en la adolescencia y la salud mental se hallan en un entorno con determinadas características sociales, políticas y culturales. Estas características servirán de base en la comprensión del problema.

Nuestro país, desde hace algunos años atrás, ha estado caracterizado por vertiginosos cambios acordes a una sociedad moderna. En este contexto las personas aparecen alienadas a los procesos macro sociales, los que influyen en la manera de percibir y actuar de los individuos.

En nuestra sociedad, “el sistema socioeconómico, el sistema neoliberal y la globalización de la economía han generado un masivo aumento en el intercambio de bienes, servicios y organizaciones con diversos países del mundo. Este proceso ha impuesto la necesidad de aumentar la productividad del trabajo, ha generado mayor exigencia de uso de tecnología y mayores requisitos de capacitación para acceder al mercado laboral” [...] “La intensificación del proceso de industrialización ha generado un importante proceso de migración campo-ciudad, con la consecuente concentración urbana de la población y el crecimiento de las grandes ciudades. El aumento de la riqueza y de la oferta de consumo de bienes ha ido a la par con el aumento de las desigualdades en la distribución del ingreso, haciendo mayor la distancia que separa a los grupos de mayor ingreso de aquellos de menor ingreso de la población” (Aylwin, 2003, p.17).

“En el aspecto sociopolítico, la modernidad ha estado asociada a la consolidación del sistema democrático entendido como una forma de convivencia que debe manifestarse en la vida política y en la vida cotidiana de las personas. El proceso de consolidación de la democracia, en el que Chile ha ido avanzando ha generado una mayor preocupación por los derechos humanos, pero paralelamente no se han generado instancias que faciliten el acceso de la población a los diversos niveles de participación ciudadana”. (Op.cit. p.18)

“En el contexto sociocultural, destaca la aparición de una cultura audiovisual con crecientes vínculos internacionales y que se manifiesta en el explosivo desarrollo de los medios de comunicación, generando un aumento de las influencias externas que afecta la identidad cultural y la cohesión social” [...] “El ritmo de vida de las ciudades se acelera y se

hace crecientemente competitivo, dificultando las relaciones interpersonales” (Op.cit. pp.18-19).

Todas las tendencias señaladas se conjugan en torno al creciente fenómeno de la globalización, entendido como un nuevo modelo de hegemonía mundial en todo orden de cosas: económico, político, científico, tecnológico, cultural, y otras. Este modelo propone un mundo en que cada individuo, está interconectado con los otros y pasa a ser en cierto modo ciudadano de un mundo único que se ha denominado aldea global. En este modelo, basado en el neoliberalismo, lo económico es el eje determinante, de modo que la inserción económica es el camino de entrada para participar en este mundo global y quienes no logran alcanzar los niveles requeridos para esta inserción, quedan excluidos.

## 2.1. Transformaciones en la esfera social

Los sucesos antes descritos incluyen transformaciones en la familia y en el individuo como miembro de esa familia. La última Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2006 entrega algunos antecedentes que resultan del actual modelo macro social imperante (ver tabla N°10)

**Tabla N° 10: Tendencias de cambio en las familias**

- ❖ Desde 1990 al 2006 aumenta la proporción de familias en que está presente sólo el padre o sólo la madre, así como las familias unipersonales.
- ❖ Las familias están compuestas por un sólo núcleo (80,7%), aquellas compuestas por más de un núcleo representan casi un quinto del total. No obstante, el porcentaje de familias compuesta por más de un núcleo, es decir, familias extendidas, se ha incrementado a través del tiempo.
- ❖ El 71,8% de las familias extendidas corresponde a familias compuestas por hijos allegados a sus padres.
- ❖ Del total de familias, el 47,8% están casadas; el 17,2% solteras; el 14,9% es conviviente o pareja; el 10,5% es anulada, separada o divorciada; y el 9,6% restante corresponde a una situación de viudez. sin embargo, el porcentaje de casados ha ido disminuyendo a través de los años y, como contrapartida, han aumentado los convivientes, solteros y anulados.
- ❖ Independiente de la situación de pobreza, el número promedio de hijos disminuye a través del tiempo. No obstante ello, las familias pobres (indigentes y pobres no indigentes) tienen, en promedio, más hijos que las familias no pobres.
- ❖ La proporción de familias unipersonales femeninas ha aumentado en el tiempo. Las mujeres mayores de 60 años representan el 60,2% de las familias unipersonales femeninas, porcentaje que se reduce a 33% en el caso de los hombres. Desde el año 1990 a la fecha y de manera estable, 8 de cada 10 familias en que está presente sólo uno de los padres, tienen a una mujer como jefa de hogar. La jefatura femenina ha aumentado en todos los grupos socioeconómicos, pero en mayor medida en los sectores indigentes y pobres.
- ❖ La participación laboral de las mujeres jefas de hogar es mayor en los quintiles de mayores ingresos. Entre 1990 y 2006 se incrementa de manera significativa la tasa de participación laboral de las mujeres jefas de hogar de todos los deciles de ingreso, aunque el incremento es mayor en los quintiles de mayores ingresos.

**Fuente:** Elaboración propia basada en la CASEN 2006

Además de lo que indica la CASEN (2006) se producen en nuestro país un aumento de los hijos nacidos fuera del matrimonio. Los hijos fuera del matrimonio alcanzan al 34,3% de los nacidos vivos en 1990. Este porcentaje se ha duplicado desde 1970 y alcanza su punto más alto entre las madres menores de 20 años, donde asciende al 61%. El Informe de la Comisión Nacional de la Familia señala que los hijos nacidos fuera del matrimonio son más probable cuando se trata de los primeros hijos: el 44,6% de los primeros hijos no se conciben en el matrimonio en 1990, lo que indica que casi la mitad de las mujeres del país inicia su maternidad siendo solteras.

A partir de los antecedentes nombrados, se pueden extraer algunas conclusiones para el problema que se trata en este estudio. Hipotéticamente, las adolescentes se embarazan y no contraen matrimonio, y al carecer cada vez más su situación socioeconómica, deben trabajar, desplazando sus estudios temporal o definitivamente. Lo que de alguna manera afectaría al desarrollo de la adolescente y en el de su hijo(a).

### 3. ADOLESCENCIA: *Época de cambios y logros de desarrollo*

#### 3.1. Definición de Adolescencia

Etimológicamente, “Adolescencia proviene del latín ad: a, hacia, y olescere, de oler: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento” (Monroy, 2002, p.11).

Según la Organización Mundial de la Salud citado en Amselem et al. (2009, p.17), la Adolescencia “es la etapa de edad comprendida entre los 11 y los 19 años, entendiendo que hay una primera fase o adolescencia temprana, que es entre los 11 y los 14 años de edad, y otra fase o adolescencia tardía, que transcurre entre los 15 y los 19 años”.

“La Adolescencia se define como la etapa del desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración variables, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Está marcada por cambios interdependientes en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del ser humano” (Monroy, 2002, p.11)

Monroy (2002) indica que al analizar el significado de esta definición nos encontramos con que:

- ❖ *La adolescencia es una etapa del desarrollo humano:* una persona atraviesa por varias etapas de desarrollo en su vida, y la adolescencia es considerada una etapa más, ya que diversos aspectos de esta se desarrollan, es decir, se incrementan en complejidad funcional, aumentando su calidad en correlación con el aumento de la edad. Este desarrollo puede ser promovido, estimulado, detenido o incluso deteriorado (Krauskopf, 1995 citado en Monroy, 2002).
- ❖ *Es un periodo de comienzo y duración variables:* cuando se consideran los aspectos biológicos de la adolescencia, una persona es adolescente cuando inicia la pubertad, aproximadamente entre los 9 y 13 años. Existen diversos factores que influyen en su aparición (alimentación, herencia, influencias hormonales, raza situación geográfica), por lo que su comienzo varía de una persona a otra. La adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza la madurez emocional y social para asumir el papel de adulto, según se defina este en su cultura. Son tantos los factores (personales, culturales, históricos) que influyen en el logro de la madurez personal que es casi imposible establecer edades precisas (Horrocks, 1986 en Monroy, 2002).

- ❖ *Está marcada por cambios interdependientes:* el desarrollo se produce tanto en la esfera biológica (desarrollo y crecimiento fisiológico) como en la psicológica (cognición, afecto y personalidad) y social (relación del individuo con otros). Por tanto, la adolescencia es una época:
  - ❖ En la que el individuo está más consciente de sí mismo, intenta poner a prueba diversos conceptos del yo en comparación con la realidad. Aprende el papel personal y social que con más probabilidad se ajustará al concepto de sí mismo, así como al concepto de los demás.
  - ❖ De búsqueda de estatus. Es el período en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y comienza la lucha por la independencia económica.
  - ❖ En que las relaciones de grupo adquieren la mayor importancia: surgen los intereses heterosexuales, homosexuales y bisexuales.
  - ❖ De desarrollo físico y crecimiento. Surge una nueva imagen corporal.
  - ❖ De expansión y desarrollo intelectual y cognoscitivo. El adolescente adquiere experiencias y conocimiento en muchas áreas e interpreta su ambiente con base en esa experiencia.
  - ❖ De desarrollo y evaluación de valores, que se acompaña del crecimiento de los ideales propios. Es un tiempo de conflictos entre el idealismo y la realidad.

### 3.2. Logros de Desarrollo en la Adolescencia

“Los diversos aspectos biológicos, psicológicos y sociales pueden inferirse mediante logros. Si la adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza la madurez biológica, emocional y social para asumir el papel de adulto, según Monroy (2002) los logros que se deben alcanzar son los siguientes (ver tabla N° 11)

Tabla N° 11: Logros de desarrollo en la adolescencia	
Biológica	Psicosocial
Capacidad para reproducirse.	<p><b>Intimidad:</b> capacidad para las relaciones maduras, tanto sexuales como emocionales. Según Alberti y Emmons (1993, citado en Monroy, 2002, p.12): “es una cualidad de relación entre dos personas que se interesan profundamente una por la otra, que se caracteriza por una atracción mutua, una comunicación abierta y sincera, el compromiso de continuar la relación, el gozo de la vida en común, un propósito para la relación, así como la confianza mutua, la cual es una expresión de respeto”.</p> <p><b>Identidad:</b> “sentido coherente de quien soy, a lo largo del tiempo, que no cambia significativamente de un contexto a otro” (Cusminsky y Vojkovic, 1992, citado en Monroy, 2002, p.12). En la adolescencia se consolida la identidad psicológica, sexual y social.</p> <p><b>Integridad:</b> “consta en la integración de ideales, convicciones, normas y creencias, por una parte, y la conducta por la otra. Cuando nuestra conducta es congruente con nuestros valores declarados, cuando concuerdan los ideales y la práctica, tenemos integridad” (Branden, 1995 en Monroy, 2002, p.12).</p> <p><b>Independencia económica:</b> una capacidad de dejar a la familia y ganarse el propio sustento: ingreso, vivienda, transporte, entre otros. (Monroy, 2002)</p> <p><b>Autonomía:</b> “capacidad humana para la supervivencia, el pensamiento y el discernimiento independientes; tiene que ver con cuan intrínseca o extrínseca es la fuente de aprobación de sí mismo, es decir, hasta qué punto ésta reside en la persona o el medio social” (Branden, 1994 en Monroy, 2002).</p> <p><b>Confianza:</b> “percepción de que uno posee las habilidades y herramientas necesarias (capacidad para la toma de decisiones, solución de problemas, establecimiento de planes de vida, entre otros) para afrontar los desafíos básicos de la vida” (Pittman y Wright, 1991 en Monroy, 2002).</p> <p><b>Responsabilidad:</b> sentimiento de ser el principal agente casual de la propia vida y conducta. “Hay dos clases distintas de responsabilidad 1) interior, que implica aceptar la responsabilidad para uno mismo; representa una necesidad de auto concepto. 2) Exterior, implica la participación; la responsabilidad hacia otras personas” (Horrocks, 1986 en Monroy, 2002).</p>
Finalización del crecimiento corporal.	

**Fuente:** Elaboración propia basada en Monroy (2002)

El desarrollo de los diversos aspectos no es uniforme. Un joven que tiene 13 años puede tener el desarrollo físico de uno de 18 años. La misma persona puede tener un desarrollo intelectual de una persona de 11 años, pero debido a su crecimiento físico puede tener un desarrollo social de uno de 16. En la adolescencia, conforme la edad avanza, estas diferencias se van haciendo cada vez más pequeñas (Blum, 1995 en Monroy, 2002)

### 3.3. Sexualidad en la Adolescencia

Nacemos y existimos porque existe la sexualidad. Tal vez por eso mismo la sexualidad resulte traumática para los humanos. Se hace tan difícil hablar de ella, pues atañe a nuestra intimidad, a las fantasías más diversas, al placer, al displacer y al goce. (SERNAM, 1994)

Se sabe que la sexualidad no es sólo un dominio de los adultos, sino que está desde siempre presente. Interesa recalcar que para los humanos toda experiencia, toda vivencia, está atravesada, impregnada de palabras. No basta con referirse al cuerpo en términos biológicos, nombrando por ejemplo los órganos que intervienen en el proceso de reproducción. Es muy necesario también decir que la sexualidad es una dimensión que surge y se forja a través de las relaciones que vamos teniendo con los otros: relaciones de necesidad, de deseo, de dependencia, de sumisión, rechazo, abuso, incompreensión, de fusión, de encuentro, de soledad” [...] “y lo que ha sido percibido, visto, dicho y escuchado en distintos momentos de nuestra historia a propósito de lo que rodea lo sexual, va dejando huellas: las sensaciones de comodidad, de agrado, de tristeza, de seguridad y(o) de tensión, de nerviosismo, torpeza y las expresiones tales como es rico, es malo, es sucio, es calentito, en fin, todo esto nos va conformando. Nuestro cuerpo es un territorio marcado por todas esas experiencias, marcas que serán determinante en la forma como encararemos la sexualidad en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta” (Op.cit, p.14)

Frecuentemente a la Sexualidad se “la denomina salud reproductiva, lo que denota fuerte asociación que en nuestra cultura se hace entre sexo y reproducción, restringiendo la sexualidad al sexo reproductivo intramatrimonial. Esto tiene un fuerte impacto en las políticas y programas para adolescentes que conciernen a la salud sexual y reproductiva y los derechos concomitantes. Así por ejemplo, es común que se hable de relaciones sexuales pre-matrimoniales, de planificación familiar de educación sexual para la familia, y otros términos que, justamente, reflejan esta concepción estrecha de la sexualidad, en especial de la sexualidad adolescente” (Perinat, 2003, p.186)

Ahora bien, si se piensa que la adolescencia despierta y pone sobre el tapete las preguntas constitutivas de los seres humanos, en este marco la sexualidad toma una gran importancia. A menudo los adolescentes se sienten extraños y torpes con su cuerpo y en la relación con otros. Casi siempre aparece la masturbación y pueden vivirse experiencias homosexuales, tanto en la fantasía como inclusive en la realidad. (SERNAM, 1994)

“En el caso de la adolescente, cuya menstruación todos los meses la confronta sistemáticamente con su sexualidad, lo que a veces puede ser vivido como una invasión, puede darse la confusión de creer que para hacerse mujer hay que ser madre. Como si para sentirse mujer, para estar segura de que es mujer hay al menos que probarse que es fértil, es decir embarazarse. Esto pudiera explicar en parte la falta de interés y sobre todo el escaso uso de los anticonceptivos por parte de los jóvenes, aún cuando posean alguna información al respecto” (Op.cit., p.15)

Una forma de comprender el fenómeno de la sexualidad adolescente femenina, es a partir de la psicología evolutiva. “Esta establece algunas características o adquisiciones que parecen ser comunes a todas las personas en su camino a la adolescencia. Una de ellas se relaciona con el concepto de vulnerabilidad. El embarazo puede configurarse como un excitante episodio de riesgo, teniendo en cuenta que el riesgo es algo intrínseco a cualquier modalidad de vida, y que se incrementa con la llegada de la adolescencia. El adolescente aunque sabe los riesgos y conoce la manera de prevenirlos, tiende a negarlos” [...] “Tales factores, sumados a la dificultad para hablar con sus padres y con la pareja sobre temas relacionados con la sexualidad, el desconocimiento sobre el sistema reproductor femenino, los métodos contraceptivos y cierta dosis de pensamiento mágico, conducen a las adolescentes a pensar en la poca o nula posibilidad de quedarse embarazadas” (Calesso, 2007, p.26).

La sexualidad adolescente también está condicionada por el contexto social. A través de la televisión, moda, internet y otros factores, la sexualidad está presente con intensidad en la vida diaria de los adolescentes. “Esta realidad hace que el joven establezca un contacto muchas veces precoz, con imágenes y expresiones relacionadas con la sexualidad, lo que puede ocasionar un aumento de la presión social para la iniciación sexual y un estímulo en el desarrollo de la sexualidad” (Calesso, 2007, p.14). “También hay que destacar las modalidades emergentes en el establecimiento de vínculos afectivos a partir del desarrollo de nuevas técnicas de comunicación; los *amores en la red*, las relaciones virtuales, sin copresencia, han alcanzado ya cierta relevancia” (Margullis, 2003)

## 4. EMBARAZO

### *Etapa de cambios para la mujer y su hijo(a)*

#### 4.1. Definición del Embarazo

“Se define embarazo al tiempo que tarda en desarrollarse el producto de la concepción, desde la fecundación hasta su expulsión en el momento del parto, y el cual tiene una duración aproximada de 9 meses, 28 días o bien 40 semanas”(Monroy 1990, p.139)

#### 4.2. Crecimiento y Desarrollo del Feto

En el embarazo se dan tres etapas de desarrollo comenzando con la concepción, la etapa embrionaria y la etapa fetal. Cada mes de vida significan un conjunto de acontecimientos importantes en el crecimiento y desarrollo del niño(a).

#### Etapa Embrionaria

- ❖ Primer mes. El ovulo es fecundado y migra por la trompa hasta la cavidad uterina. El huevo al crecer se transforma en embrión el cual se flexiona sobre su superficie ventral.
- ❖ Segundo mes. Se advierten arcos y hendiduras viscerales, las extremidades son rudimentarias, la cabeza es desproporcionadamente grande en tanto que la nariz, la boca y los ojos son pequeños.

#### Etapa Fetal

- ❖ Tercer mes. El embrión empieza a tener apariencia humana, se llama feto, ya se distinguen dedos de manos y pies.
- ❖ Cuarto mes. El sexo del feto puede ser determinado con exactitud puesto que sus genitales externos están bien diferenciados. El feto se vuelve bastante activo.
- ❖ Quinto mes. Aparece en todo el cuerpo el lanugo o vello fino. En la cabeza aparece un poco de pelo. El corazón palpita al doble que en el adulto.
- ❖ Sexto mes. La piel delgada empieza a arrugarse, el feto mueve sus extremidades con más frecuencia, la cabeza es todavía bastante grande en relación con el tronco.

- ❖ Séptimo mes. El cerebro continúa su desarrollo, es decir se vuelve más complejo. El rostro se afirma, el dibujo de la nariz es mas firme, las orejas más grandes. Esta dotado de todo lo necesario para nacer, pero le falta desarrollo.
- ❖ Octavo mes. El feto tiene aspecto de viejito a causa de su piel roja y arrugada. Además de mover brazos y piernas gira sobre sí mismo. Si el feto nace en este momento sobrevive con cuidados adecuados, pero le falta madurar orgánicamente para adaptarse al exterior.
- ❖ Noveno mes. El feto utiliza estas últimas semanas para crecer y madurar. La piel es lisa y sin vello. Al final del mes el feto está perfectamente desarrollado y listo para nacer.

### 4.3. Adaptaciones Físicas en la Mujer

El embarazo es uno de los períodos en la vida de la mujer que implica mayores cambios físicos y emocionales, y aunque la experiencia es única, hay ciertas características y transformaciones que son comunes en todas las embarazadas. Al respecto, González (2008) detalla los principales cambios que tiene una mujer durante los nueve meses de embarazo.

#### Primer Trimestre

En esta etapa, debido a causas hormonales, la mujer experimenta intensos cambios emocionales. Aumenta la sensibilidad y sentimientos de intranquilidad y ansiedad respecto al proceso de su embarazo. Los principales cambios físicos que puede experimentar una mujer son náuseas, mareos, fatiga, acidez, vómitos, dolor mamario, inapetencia sexual y necesidad de orinar reiteradamente. (Op.cit)

#### Segundo Trimestre

La embarazada disminuye el malestar físico y se normaliza la apetencia sexual. Hay mayor tranquilidad emocional y ya percibe al feto como una persona real. La madre comienza a aumentar de peso. Suele presentar constipación por el efecto de la progesterona en el embarazo. Se puede encontrar anemia en la madre, relacionado con la falta de hierro en la dieta y la alta demanda de él por el feto. La embarazada suele comenzar a tener sueños con el futuro bebé. (Op.cit)

#### Tercer Trimestre

En esta etapa hay una mayor ansiedad debido a la proximidad del momento del parto y el miedo al dolor. En el aspecto físico, estos meses se caracterizan por el insomnio derivado de la ansiedad y las malas posturas. El útero aumenta significativamente de tamaño. La madre logra percibir un aumento de las contracciones uterinas, esperando el inicio del trabajo de parto. Suele haber dolor de espalda, ganas frecuentes de orinar y edema (hinchazón) de las piernas. (Op.cit)

#### **4.4. El Vínculo Materno como adaptación psicológica en el embarazo**

El vínculo es un proceso influenciado por muchos factores complejos y es un lazo permanente, interactivo y emocional que persiste durante toda la vida. El vínculo materno está estrechamente relacionado con la teoría del apego introducida por el psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990).

El concepto de apego alude a la disposición que tiene un niño o una persona mayor para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. La conducta de apego es definida por Bowlby (1983 citado por Gilbert, Harmon, 2003, p.136) como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma, y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados”.

##### **4.4.1. Factores Influyentes en el vínculo materno**

El vínculo de la madre con el feto y el recién nacido depende de los siguientes factores:

- ❖ Madurez emocional
- ❖ Experiencia en su crianza
- ❖ Relaciones interpersonales con personas significativas
- ❖ Capacidad para enfrentarse con factores de estrés fisiológico y psicológico
- ❖ Deseo del embarazo y auto concepto de ser madre.
- ❖ Temores y fantasías durante el embarazo.

##### **4.4.2. Aceptación del embarazo**

La validación o aceptación del embarazo suele tener lugar durante el primer trimestre cuando la mujer confirma que se encuentra embarazada y empieza a asegurar la aceptación del embarazo por parte de personas significativas. Durante este tiempo, está preocupada por ella misma y por conseguir un tránsito seguro para sí misma.

##### **4.4.3. Establecimiento de una relación con el feto**

La mujer embarazada empieza a establecer una relación con el feto cuando puede mirar más allá de la preocupación por sí misma y se centra en el feto como parte de sí misma (personificación fetal).

## 4.5. Problemas durante el embarazo y la maternidad

### 4.5.1. Tensiones y emociones durante el embarazo

En el embarazo existen tensiones normales en todas las mujeres, como frustración, ansiedad, miedo, enojo, entre otras. Cuando estas emociones no son excesivas se pueden considerar dentro de los límites, no obstante en aquellas mujeres con múltiples problemas y traumas la ansiedad puede ser tan grande que puede requerir intervención especializada. El artículo: salud mental del bebé, intervenciones durante el embarazo de Maldonado y Feintuch (2001) destaca la importancia de la detección oportuna del riesgo de alteraciones en el desarrollo emocional del bebé y de su madre. En el mismo se describen los principales motivos de consultas durante el embarazo de la clínica de salud mental perinatal en el estado de Kansas (EE.UU.), siendo las dificultades más frecuentes, en primer lugar la tensión y ansiedad excesiva vinculada a las dificultades matrimoniales, a la violencia domestica, al temor frente al parto, al estrés postraumático, o por el miedo a maltratar o rechazar al lactante. En segundo lugar la negación del embarazo; en tercer lugar el no aumentar de peso durante la gestación; y en cuarto lugar la depresión. A continuación se detallan estas alteraciones.

#### ❖ Ansiedad excesiva

“La futura madre que sufre de ansiedad excesiva, puede estar demasiado preocupada por el curso del embarazo, o desarrollar un miedo excesivo e irracional al parto o tocofobia<sup>1</sup>. Es posible que estos temores se asocien a la presencia de miedos anteriores e intensos conflictos psicológicos respecto a la sexualidad, al embarazo, a ser madre y tenga temores de ser castigada” (Maldonado y Feintuch, 2001, p.34). La ansiedad puede ser manifestación de dificultades en la pareja como la violencia conyugal; el miedo a ser madre, temor a rechazar o maltratar al bebé; o aún más complejo, al estrés postraumático.

#### ❖ Negación del embarazo

Otra tensión que puede experimentar la mujer durante el embarazo es la negación del mismo. Acá la mujer actúa como si nada hubiera cambiado su vida, no siente nada, ningún síntoma, ni aumento de peso. “Se trata de un proceso sutil de negación de la realidad, en que por ejemplo, la mujer hace ejercicio intenso y no cambia en nada su rutina por estar embarazada y se le olvida, a menudo, que está encinta” [...] “El problema

---

<sup>1</sup> Tocofofia: es el miedo patológico o fobia al embarazo. Se define científicamente como un profundo terror al embarazo y parto.

con esto, es que la mujer no tiene oportunidad de realizar el trabajo psicológico necesario para hacer lugar (físico y psicológico) para el bebé, ni para ella misma, convertirse en madre” (Op.cit. p. 37)

❖ **No aumentar de peso durante el embarazo.**

En salud mental no aumentar de peso durante el embarazo puede deberse a dos posibles trastornos de alimentación: la bulimia y la anorexia. “En ambos trastornos, hay una distorsión importante de la imagen corporal, por lo que la mujer se ve gorda, aunque la evidencia sugiera lo contrario, o simplemente se tiene un temor exagerado al aumento de peso. Una de las complicaciones, es que el bebé no tenga suficientes nutrientes in útero y tenga bajo peso para su edad gestacional. Se ha sugerido que la falta de nutrientes in útero, pueden dar a lugar a dificultades mucho más tardías, por un efecto de programación del feto. Entre otros efectos, estaría la hipertensión arterial en la edad adulta. Además, la mujer embarazada con anorexia, tiene una tasa mucho más alta de lo normal, por complicaciones perinatales y partos prematuros” (Op.cit. p. 37).

❖ **Depresión durante el embarazo**

La depresión durante el embarazo (como en el postparto) es un trastorno que tiene más relación con aspectos de la calidad de vida de la mujer embarazada, que con dificultades hormonales. Desde luego que cuando una mujer embarazada está deprimida, hay que descartar una causa puramente fisiológica (como el hipotiroidismo o la diabetes), sin embargo en la gran mayoría de casos, el problema no es de esta índole” (Op.cit. p. 38).

“Los factores que predisponen a la depresión en esta etapa de la vida, son antecedentes de pérdidas durante la infancia, antecedentes de maltrato físico, y dificultades psicosociales en el presente. Las principales causas son: estar sola o sin un compañero; tener un compañero (o esposo) que no brinda apoyo emocional o que está ausente la mayor parte del tiempo; tener otros niños pequeños en la casa; la pobreza y el aislamiento social” [...] “La depresión durante el embarazo tiende a correlacionarse con una mayor tasa de depresión. Aumenta el riesgo de depresión postparto y crea una sombra desagradable sobre toda la experiencia del embarazo. En vez de haber alegría y esperanza, hay tristeza, pesimismo y sufrimiento” (Op.cit. p. 38).

#### 4.5.2. Consumo y Abuso de drogas durante el embarazo

La drogadicción es una enfermedad que consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Se entiende como drogas aquellas tanto lícitas como ilícitas, por ejemplo, el alcohol es una droga lícita que puede provocar problemas a la persona que lo consume.

Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume. El consumo puede ser caracterizado en tres tipos, las cuales se describen en la tabla N°12.

**Tabla 12:** Tipos de consumo de Drogas

- ❖ **Uso:** Consume los fines de semana u ocasionalmente. Es regalada o compartida. No afecta su vida laboral, escolar o de pareja. Sin episodios de intoxicación. Se busca cambios de sensaciones.
- ❖ **Abuso:** Uso regular. Existen episodios de intoxicación. El compromiso escolar, es efectivo. Se inicia un deterioro en su vida familiar y de pareja. Confusión, lleva una vida dual, una existencia cotidiana común y otra adictiva, esta es desconocida por sus allegados.
- ❖ **Adicción:** desaparece relación familiar, escolar o laboral. Busca obsesiva y compulsivamente la droga. Imposibilidad absoluta de abstinencia. El compromiso orgánico es total, hay riesgo de alteración en su sistema inmunológico. Vida dependiente.

**Fuente:** Elaboración propia basada en CONACE, 2010.

El incremento dramático de drogadicción en la población de nuestro tiempo no exime a las mujeres embarazadas. Un número elevado de mujeres consume drogas legales o ilegales durante el embarazo, y ello representa un problema de salud que tiene gran repercusión clínica, social y psicológica para el recién nacido.

El tabaco siendo una droga lícita “ha sido implicado en diversas patologías obstétricas y neonatales, tales como desprendimiento de placenta, placenta previa<sup>2</sup>, embarazo ectópico<sup>3</sup>, aborto espontáneo, parto prematuro, mortinato, síndrome de distrés respiratorio del neonato<sup>4</sup>, bajo peso de nacimiento, síndrome de muerte súbita, alteraciones neurocognitivas y defectos palatinos. Respecto a su efecto en la salud

<sup>2</sup> La *placenta previa* es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta, de manera total o parcial, en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino. La placenta previa es una de las principales causas de hemorragia antes del parto y suele impedir la salida del feto a través del canal del parto por obstrucción a este nivel.

<sup>3</sup> Un *embarazo ectópico* es una complicación del embarazo en el que el óvulo fertilizado se desarrolla en tejidos distintos a la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio, en el ovario, en el canal cervical o en la cavidad pélvica o abdominal.

<sup>4</sup> El *síndrome de distrés respiratorio del neonato* también es denominado *síndrome de dificultad respiratoria en bebés* (IRDS) o *síndrome de dificultad respiratoria neonatal* es un trastorno entre los recién nacidos prematuros, cuyos pulmones no están completamente maduros, de tal forma que cuanto más baja es la edad gestacional más probabilidades tienen de padecer la patología.

respiratoria, el hábito tabáquico durante el embarazo provoca alteración de la función de la vía aérea expresada por flujos espiratorios disminuidos, mayor prevalencia de sibilancias recurrentes y diagnóstico formal de asma, hiperreactividad bronquial, mayor frecuencia de hospitalización e infección respiratoria baja” (Aguirre, 2007)

En las mujeres que consumen marihuana, las consecuencias pueden ser similares que el tabaco. Se debe considerar que el tetrahidrocannabinol (THC), es capaz de atravesar la placenta y, en consecuencia, de afectar al feto. Algunos estudios sugieren que un gran consumo de esta droga produce anomalías de comportamiento en los recién nacidos.

“Ingerir bebidas alcohólicas es otras de las conductas agresivas de la madre. El alcohol interfiere con las síntesis de proteínas y con la absorción de numerosos nutrientes, por lo que incluso con sólo beber 90 cc. de alcohol absoluto diarios, sobre todo el primer trimestre de la gestación, pueden producirse en el bebé anomalías cráneo-faciales<sup>5</sup> y de las extremidades<sup>6</sup>, defectos cardiovasculares<sup>7</sup> y retardo del crecimiento y del desarrollo”(Macanche, 2005, p.50).

En general, se recomienda no ingerir absolutamente nada de medicamentoso que no sea por indicación del médico. Los hijos de madres drogadictas, al nacer suelen presentar el síndrome de abstinencia, característico de la droga que usa la madre. Si el niño no es atendido y si no se hace el diagnóstico temprano, puede morir en las primeras horas de nacidos” (Op.cit)

---

<sup>5</sup> Anomalías cráneo-faciales que pueden producirse en el bebé cuando la madre ingiere alcohol durante el embarazo. Microcefalia, fisuras palpebrales, pliegue epicántico en los ojos, puente de la nariz hundido, hipoplasia maxilar, paladar hundido.

<sup>6</sup> Anomalías de las extremidades que pueden ocasionarse en el bebe cuando la madre ingiere alcohol durante el embarazo. Deformidades, pie zambo, equino varo, entre otros.

<sup>7</sup> Defectos cardiovasculares que la ingestión de alcohol puede producir en el bebé. Transposición de los grandes vasos (arteria aorta y arteria pulmonar)

### 4.5.3. El Aborto durante el Embarazo

Entre las consecuencias del embarazo para la salud de las adolescentes, el aborto es una de las más significativas. Se trata de un tema complejo y polémico, que trae consigo discusiones sobre prejuicios, creencias y valores familiares.

El Código Penal chileno establece que “el aborto es la interrupción intencional o maliciosa del embarazo con el objeto de evitar el nacimiento del feto o detener el curso natural del embarazo”. En nuestro país, esta práctica está prohibida y penalizada tanto para la mujer que consiente, como también para el que lo realiza. Las penas van desde el presidio menor al mayor (desde 541 días hasta los 10 años). No obstante, esta es una de las prácticas más antiguas en la sociedad, aún se sigue haciendo clandestinamente en contextos insalubres y de alto riesgo para la madre y el niño(a).

Macanche (2005, p.46) señala algunos casos en que la mujer embarazada suele tomar la decisión de abortar:

- ❖ Si es adolescente que, conducida por su afán de demostrar su madurez y su sexualidad y así afirmar su concepto de sí misma como mujer, o por conflictos con los padres y problemas familiares, se embarazó, o cuando su estado es la consecuencia de una experimentación sexual accidental en la que ninguna de las dos partes quiere asumir la responsabilidad.
- ❖ En cualquiera de los casos, la situación en general se agrava por la falta de apoyo, la incompreensión, la amenaza y el inminente castigo por parte de los padres y, en general, de la familia. La presión social es tan grande, que la joven y asustada mujer, lejos de buscar apoyo en el centro de salud de su localidad, recurre a personas ajenas y surge así la idea de provocar el aborto.
- ❖ Si el embarazo es producto de violación o de incestos.
- ❖ Si el estado civil de la mujer le impide afrontar la situación hasta el final, es decir, hasta el momento en que debe nacer el hijo(a). Son muchas las familias que no están dispuestas a asumir la existencia en su seno de una madre soltera, de modo que, al enterarse de que una de las hijas o hermanas no casadas se encuentra en estado de gravidez, la recriminan severamente y la conducen, de este modo, a la decisión de abortar. También se da el caso de la mujer soltera que se siente avergonzada de su estado e incapaz de criar a un hijo fuera del matrimonio. En otras situaciones de abortos cuyo sujeto es una mujer soltera, la razón

fundamental se encuentra en el hecho de haber sido abandonada por el padre de la criatura.

- ❖ Si la mujer queda embarazada en un momento inoportuno. Ocurre así, por ejemplo, si no desea tener un hijo porque está ocupada en lograr metas profesionales o laborales (verbigracia, si está terminando una carrera, si ha obtenido una beca de estudios, entre otros). Se trata, también, de un embarazo inoportuno, cuando se atraviesa una crisis personal o conyugal, cuando hay inseguridad económica, y otros, situaciones que suelen empujar a la mujer a practicarse un aborto.
- ❖ Si el embarazo se produce cuando existen antecedentes familiares de enfermedades hereditarias y genéticas, como la hemofilia, el Síndrome de Down o mongolismo; o bien cuando surgirían defectos congénitos en el niño por nacer, debidos a que la madre padeció rubeola, sífilis, y otras, o ingirió drogas teratogénicas<sup>8</sup>.

El éxito del embarazo y el bienestar del hijo(a) pueden, por lo visto anteriormente, verse afectados por el grado de motivación de la madre hacia el embarazo, por la adaptación de ella a éste, por la calidad del apoyo familiar y de los cuidados sistemáticos prenatales del centro de salud o del médico particular

En el peor de los casos, el aborto es la solución que pone fin a un embarazo no deseado. “El aborto provocado es un procedimiento potencialmente peligroso para la madre, aunque la salud física de esta sea óptima. Incluso ella corre el riesgo de morir” [...] “En la madre pueden quedar sentimientos de culpa o estados depresivos que no se recuperan nunca” [...] “Si el aborto no logra consumarse a pesar de los intento, en el cuerpo del niño pueden quedar secuelas de cualquier tipo, incluidas las neurológicas, según los métodos y el periodo gestacional en que se trató de inducir el aborto” [...] “Cuando la mujer embarazada contra su deseo no opta por el aborto, o cuando éste falla, suele incurrir en conductas inadecuadas y agresivas hacia sí misma, hacia el feto o hacia los otros miembros de la familia, mediante la práctica de hábitos dañinos que entrañan el riesgo de alterar el desarrollo normal del feto. Así por ejemplo descuida la alimentación y llega a estados de verdadera desnutrición, con todo el riesgo que ello implica de producir en el bebe bajo peso al nacer, retraso mental, anemia e hipovitaminosis” (Macanche, 2005, pp.48-49)

---

<sup>8</sup> Teratogénicas: capaces de producir malformaciones congénitas en los órganos y sistemas del feto durante el embarazo.

## 5. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se tiende a considerar que la maternidad en la adolescencia es sinónimo de fracaso y tortura. No obstante, “en algunos casos, la maternidad es una experiencia plena, deseada y envuelta por sentimientos positivos. Para algunas jóvenes, la maternidad en estas edades sí forma parte de sus planes personales. Fue un hecho esperado y deseado y significó la realización de ciertas aspiraciones: tener una pareja, hijos y cuidar de la casa” (Calesso, 2007, p.18).

Independiente de lo que el embarazo represente para la adolescente, la maternidad implica enfrentar una serie de acontecimientos. Macanche (2005, p.45) sugiere que “aunque la pareja se profese un alto grado de amor y ambos deseen mucho tener un hijo, la mujer, especialmente, tiene que superar cambios importantes. Por lo general, durante el embarazo, e inherentes a él, se dan alteraciones físicas, hormonales, funcionales, emocionales que varían según el curso del proceso y producen en la futura madre indisposición y hasta cierto rechazo de su estado”. La misma autora explica que el hecho de que la mujer se adapte a esta situación nueva que está ocurriendo dentro de su ser y en la familia, va a depender de varios factores:

- ❖ *De su personalidad, fundamentalmente.* El embarazo remueve muchas cosas a la persona que lo vive: recuerdos de niñez, de infancia, de la relación con la madre o con figuras importantes en la propia vida, a raíz de lo cual pueden surgir conflictos, preferentemente en relación con la figura materna con la cual, la mujer está tratando de identificarse. Especial relevancia tiene, en este periodo, el grado de madurez emocional, de capacidad mental para hacer frente a situaciones nuevas y de desarrollo de la propia identidad (o imagen de sí misma).
- ❖ *De sus experiencias actuales, de su proyecto de vida, de los planes futuros si estudia, trabaja o acaba de perder el empleo.* El hecho de contar con el apoyo del cónyuge o del compañero o de haber sido rechazada o abandonada por él influye, asimismo, notablemente en el estado de ánimo de la embarazada y en su actitud frente a la circunstancia de llevar un hijo(a) en su interior.
- ❖ *Del medio cultural que le rodee.* En la mayor parte de las sociedades, el valor más alto que se le asigna a la mujer se relaciona con su función maternal, y alrededor de estos valores la sociedad establece las normas, y espera de la mujer

embarazada, de la madre, de la esposa, y otras, una serie de conductas que la mujer encinta, sobre todo primigestas<sup>9</sup>, teme no poder cumplir.

- ❖ *De consideraciones de tipo económico.* Acá la mujer embarazada puede tener inquietudes en cuanto al tema económico; tal vez tenga que trabajar. Se producen dudas e inquietudes acerca de cómo mantener a otros miembros de la familia, en relación con la posibilidad de dejar el empleo y no percibir ingresos, sobre el hecho de tener que hacer cambios en la vivienda; ampliaciones para el nuevo miembro que viene.
- ❖ *De la calidad del apoyo que le ofrezcan su familia, el cónyuge, los amigos, el equipo de salud, y otros.* La negación o el rechazo del embarazo es una primera reacción común entre las mujeres gestantes. Aunque la mayoría elige llevar el embarazo hasta el final, otras optarán por un aborto.

---

<sup>9</sup> Primigesta: mujer que se embaraza por primera vez.

### 5.1. Actitud de la Adolescente frente al Embarazo, Parto y Crianza.

Coll (2001) señala que la actitud que las adolescentes adopten frente al embarazo, parto o crianza, va a depender en gran parte de varios factores, entre ellos de la etapa de la adolescencia que están atravesando, del significado que ese(a) hijo(a) tenga para ella, del origen del embarazo y de su proyecto de vida antes de embarazarse. Cada uno de estos factores se enuncia a continuación.

#### ❖ La etapa de la adolescencia

Las posibilidades de aceptar el embarazo y criar al niño(a), cumpliendo el papel de madre a edades tempranas, serán menores cuando menor edad tengan. Es fundamental tener en cuenta que una adolescente no madura a la adultez por el simple hecho de estar embarazada. Seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo(a) (Coll, 2001)

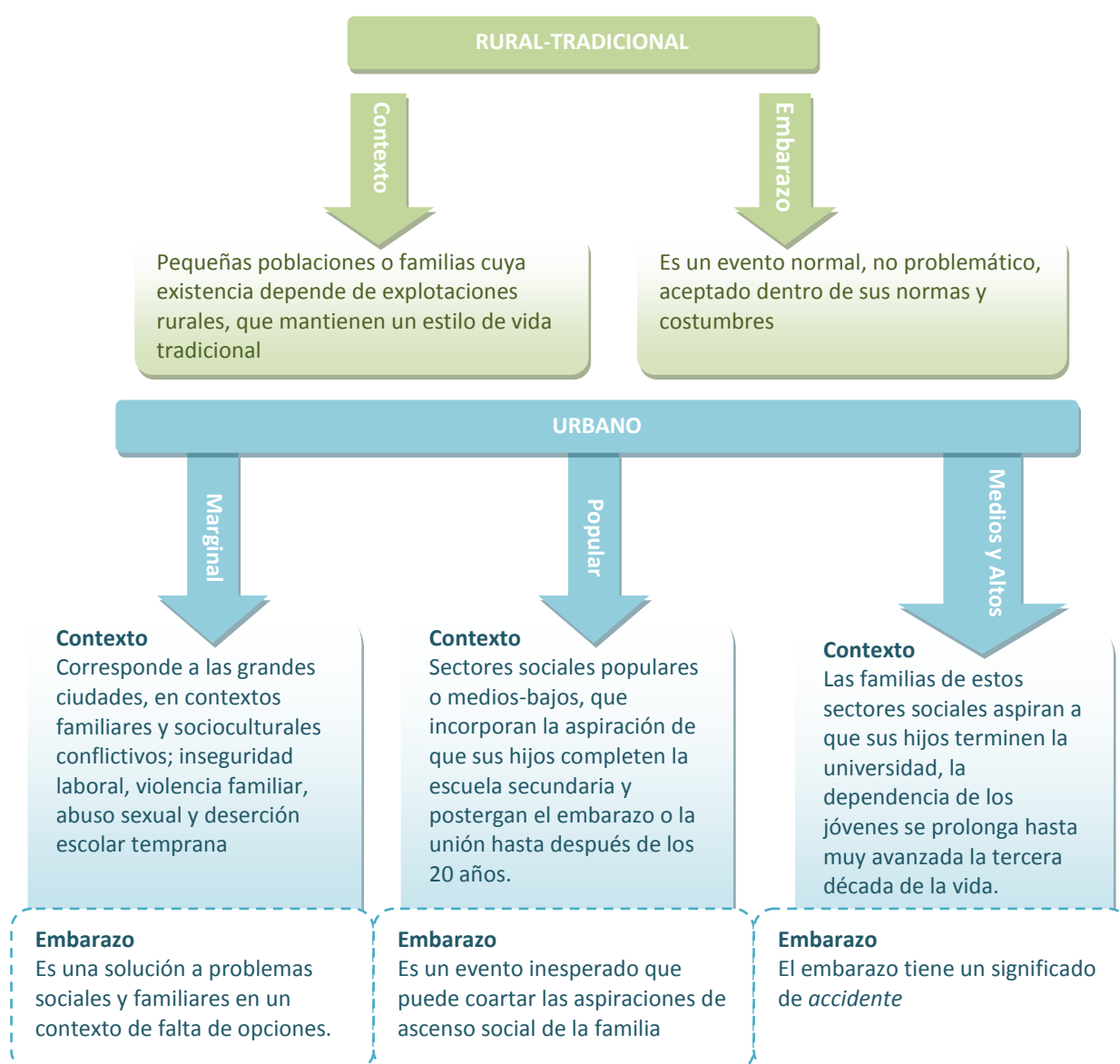
**Tabla Nº 13: Actitud frente al embarazo según la edad de la adolescente**

<p><b>Primera etapa de la adolescencia (10-13 años)</b></p>	<p>Suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos. Cabe destacar que este grupo es muy pequeño en el total de embarazados en la adolescencia y que un porcentaje no bien conocido es fruto de abuso sexual; En general tienen dificultades para asumir plenamente el cuidado de sus hijos, siendo necesario que estén siempre respaldadas para esta tarea. Muy pocas planean el aborto como opción, y no como idea de ellas sino por presión de los adultos</p>
<p><b>Segunda etapa de la adolescencia (14-16 años)</b></p>	<p>Suelen sentirse omnipotentes y no le temen a nada. Están mucho más preocupadas por lo que está cambiando en su cuerpo y por el interés que despierta a su alrededor con su embarazo, que por lo que les pueda pasar. Los problemas aparecen después cuando deben hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo; El soporte familiar con el que puedan contar y el trabajo de los equipos de salud que las acompañe serán los factores protectores que les permitan llevar adelante la empresa con mejores logros</p>
<p><b>Las madres de 17 años y más</b></p>	<p>Tienen comportamientos muy similares a los de mujeres más grandes. En primer lugar porque muchas de ellas buscaban tener ese hijo como parte de su proyecto de vida, y si pertenecen a un entorno social en el cual hay una mejor aceptación del embarazo en la adolescencia no se presentan mayores inconvenientes. Las dificultades que pueden tener están relacionadas con sus problemas económicos pero establecen un buen vínculo con su hijo(a), lo crían adecuadamente y pueden desenvolverse bastante bien, aún contando con redes de apoyo bastante pobres, la interrupción del embarazo generalmente es una iniciativa propia.</p>
<p><b>Fuente:</b> Elaboración propia basada en Coll(2001)</p>	

### ❖ El Significado del hijo(a)

Un hijo(a) puede tener diferentes significados para una mujer, independiente de su edad, y estos pueden ser analizados desde el plano social y el individual. Desde el ámbito social, en función del significado que el embarazo tiene en los diferentes contextos sociales (Ver diagrama N° 3). Desde el individual de acuerdo con su historia personal sus fantasías, sus necesidades y deseos.

Diagrama N° 3: Actitud frente al embarazo según el contexto social



**Fuente:** Elaboración propia basada en la tipología establecida por Stern (1995) citado en Coll, 2001)

Como se aprecia en el diagrama N° 3, el significado que representa el embarazo en la adolescencia está influenciado por el contexto social. No es lo mismo criar un hijo(a) que *es natural que llegue*, que a otro que significa para la madre la posibilidad de salir de un medio familiar violento, al que la compensará de las carencias afectivas sufridas a lo largo de toda la vida, al que venga a avergonzar a la familia, o al que condiciona que deba postergar sus estudios o casarse *de apuro*.

**Diagrama Nº 4:** Actitud frente al embarazo según el ámbito individual



**Fuente:** Elaboración propia basada en la tipología establecida por Stern (1995) citado en Coll, 2001)

En el diagrama Nº4 se muestra, el significado de un hijo(a) según el ámbito individual de la adolescente. De este se infiere que el nacimiento de un hijo en la adolescencia tiene un motivo más latente. Por ejemplo, es habitual que erróneamente se considere la educación sexual en la adolescencia como el pasaporte a las relaciones sexuales y al embarazo, lo que no necesariamente tiene una directa relación.

El embarazo en adolescentes de familias en que no se les presta atención, no se establecen límites claros o hay transmisión confusa o ambigua de valores, que no registran las señales de alarma o pedidos de ayuda, este aparece como una provocación o como un grito desesperado de pedido de afecto, límites y comprensión. Es acá donde cobra sentido el embarazo en la adolescencia.

### ❖ El origen del embarazo

Un embarazo puede ser fruto del amor de una pareja, el producto de un accidente anticonceptivo, una relación sexual ocasional, en oportunidades, bajo los efectos de la droga o el alcohol o de un abuso sexual o violación.

“Si la adolescente decide continuar con el embarazo y tener el hijo, es muy probable que su actitud difiera según las circunstancias en que ese hijo fue concebido. La actitud que asuma puede tener influencia sobre los resultados perinatales y sobre el futuro del niño: es muy diferente criar a un hijo que se buscó (consciente o inconscientemente) que a un hijo impuesto por otros, con el agravante de que la mayoría de las veces se trata de un incesto” (Coll, 2001, p.437)

### ❖ El proyecto de vida pre-embarazo

Cuando se habla de proyecto de vida suele asociarse con un proyecto de estudio y(o) trabajo determinado, en los que la formación de la familia, si bien ocupa un espacio importante, no lo es todo y está pensado para una etapa bastante posterior a la adolescencia. Aunque este proyecto de vida es más propio de estratos sociales medios y altos, o en aquellos grupos familiares con aspiraciones de movilidad social. En cualquiera de estos casos, se sabe que un hijo(a) puede alterar ese proyecto.

“Para otras jóvenes, el ser madre forma parte de un determinismo histórico condicionado por la cultura en la que se crió: *es el destino de la mujer* la maternidad aparece como hecho consumado, no buscado ni planeado” (Op.cit., p.347).

La actitud hacia el embarazo, parto y crianza también variará en función del proyecto de vida previo al embarazo.

“No se debe caer en el reduccionismo de que porque el hijo no forma parte de su proyecto de vida no será aceptado y que *como destino de ser mujer* será bienvenido. Ni esto ni ninguno de los factores que hemos analizado anteriormente es determinante por sí mismo para condicionar una actitud o una conducta” (Op.cit., p.347).

## 5.2. Consecuencias Psicosociales del Embarazo en la Adolescencia

Los efectos sociales del hecho de tener un hijo(a) durante la adolescencia son negativos para la madre puesto que el embarazo y la crianza del niño(a), independiente del estatus marital, interrumpen oportunidades educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, ascensos, así como que si es soltera, sus prospectos para un matrimonio futuro se ven reducidos” (Monroy, 1990, p.148)

“En algunos lugares y épocas, el hijo nacido fuera de matrimonio es cuidado por la familia extensa o la comunidad pero en los casos de muchachas de área urbana sin recursos económicos, este problema las puede llevar a la prostitución, al alcoholismo, así como al abandono, descuido y hasta maltrato del menor” [...] “Además, se ha observado que las madres solteras tienden a quedarse con sus hijos en lugar de darlos en adopción y sólo en los casos de que continúen viviendo con sus padres es probable que prosigan con su educación y así puedan obtener trabajos mejor remunerados (Op.cit. p.148).

“Es más, la mayoría de las culturas, los matrimonios resultantes de embarazos premaritales son menos estables que los de matrimonios planeados” [...] “Por otra parte, cuando las muchachas adolescentes se casan y su matrimonio perdura, están más expuestas a dar a luz una mayor número de hijos e hijas que aquellas mujeres que retrasan el nacimiento de sus hijos hasta los 20 años en adelante”[...] “Algunos estudios muestran que la mayoría de los matrimonios entre adolescentes tienen mayor riesgo de inestabilidad y de desintegración, así como obstáculos económicos mayores. Además que las hijas de madres adolescentes tienden a ser madres adolescentes también” (Op.cit. p.149)

El embarazo adolescente tiene efectos perversos en todos los estratos de la sociedad, pero sus consecuencias son muchos más devastadoras en un entorno de pobreza y desigualdades de género. “Las conferencias internacionales han reconocido que el embarazo adolescente no sólo es un riesgo sexual y reproductivo: es un riesgo social, impacta en el desarrollo del país y es una responsabilidad de toda la sociedad dar cause al derecho de las y los adolescentes a prevenir y tratar este problema” (Perinat, 2003, p. 197)

En la adolescencia, los cambios provocados por la maternidad se suman a los cambios propios del proceso evolutivo, que por sí mismos pueden provocar una inestabilidad emocional.

Trad (1999), Szigethy y Ruiz (2001) citados en Calesso, 2001, p.22, basándose en estudios longitudinales, sostienen que “a menudo se observan síntomas depresivos en las adolescentes embarazadas. Esta sintomatología puede estar asociada a algunos factores estresantes, tales como problemas con el padre del niño, falta de soporte social, decisión sobre el aborto y preocupaciones acerca del cuidado del hijo”. Field et al., (2000) citado en Calesso, 2001, mencionan que los altos niveles de depresión se encuentran en las madres adolescentes, principalmente en el periodo inicial de la maternidad.

### 5.3. Consecuencias en el Desarrollo del Niño(a)

“Comúnmente se considera que el campo de la salud mental del bebé, comprende al niño entre la etapa de recién nacido y los 36 meses de edad. Sin embargo, recientemente ha habido un mayor interés en instrumentar exploraciones e intervenciones, aún a edades más tempranas” (Maldonado y Feintuch, 2001, p.31)

Cada vez existe mayor información sobre la conducta y el repertorio cognoscitivo y conductual del bebé *in útero*. “Taboada, Ezpeleta y De la Osa (1998) citados en Calesso, 2001, p.36, “encontraron una relación significativa entre los problemas prenatales y en el desarrollo temprano, con los posteriores trastornos de ansiedad” [...] “Los niños de las madres adolescentes, muchas veces, eran víctimas de una serie de expectativas no cumplidas en la vida de las jóvenes, como cuidado, afecto, protección, mejores posibilidades laborales, entre otras.

### 5.4. La Familia de la Adolescente

La gran mayoría de los padres de adolescentes no esperan que sus hijos se embaracen. Esto, sin embargo, no va acompañado por una educación que les permita a sus hijos evitar un embarazo.

La estructura familiar queda alterada por la llegada de un hijo de madre adolescente. “El equilibrio dinámico familiar sufre cambios que generan, en el mejor de los casos, una movilización de los recursos internos del núcleo familiar para fomentar soporte a fin de que la joven sobrelleve de una mejor forma posible la maternidad” (Silva y Salomão, 2003 citados en Calesso, 2007, p.29). Tal soporte parece ser fundamental para que las adolescentes puedan afrontar los rápidos cambios provocados por el embarazo y acentuados con la llegada del niño.

## 6. APOYO FAMILIAR Y SOCIAL DURANTE EL EMBARAZO ADOLESCENTE

### 6.1. Apoyo Social

El ser humano se define como ser social, pasando a ser una característica intrínseca a su condición la necesidad de iniciar y mantener relaciones sociales más o menos significativas y permanentes para satisfacer sus necesidades tanto materiales como emocionales. “Desde la infancia las personas necesitamos del otro, primero para subsistir y luego para transformarnos en personas equilibradas y sanas social y psicológicamente, acentuándose esta necesidad de vínculo en situaciones estresantes o ansiosas para el individuo. Esta relación se mantiene durante toda la vida, ya sea con los padres, con los grupos de pares, en el trabajo y en la comunidad, en general”. (Cornejo et al., 2000, p. 64)

Schachter (1959) citado en Cornejo et al., (2000 p.65), estudió este fenómeno, realizando una serie de experiencias, que dieron como resultado que “ante situaciones de elevada ansiedad las personas buscan la compañía de otros, mientras que en situaciones de baja ansiedad ésta conducta no se hace evidente. El autor propuso que este deseo de buscar la compañía de otras personas en situaciones de temor o ansiedad era debido, en parte, a la necesidad de establecer un proceso de comparación social, a través del cual se puede obtener información acerca de la situación estresante, lo que permite reducir la incertidumbre, y así validar las propias reacciones comparando sentimientos y conductas”.

Posteriormente se iniciaron una serie de trabajos, en el que destaca John Cassel (1974), Sidney Cobb (1976) y Gerald Caplan (1974) citado en Cornejo et al., (2000 p.65). “Los dos primeros propusieron que las personas con alto nivel de estrés, en presencia o posibilidad de relacionarse con otros significativos, no presentan las consecuencias negativas para la salud que hubiese desarrollado si no se hubiese sentido apoyadas. A su vez, tanto Cassel como Cobb subrayan la importancia de los procesos informativos como un componente fundamental en las relaciones de apoyo, a lo que Cobb agrega que se considera como apoyo social aquella información que lleva al sujeto a creer que es querido y cuidado, estimado y valorado y que, además, es miembro de una red de comunicación y obligaciones mutuas, situando al apoyo social en el terreno de la valoración cognitiva”

Por su parte, Caplan destacó la importancia de los grupos primarios en el bienestar del individuo. Dentro de su esquema conceptualiza al apoyo social como “un patrón duradero de vínculos sociales continuos o intermitentes que desempeñan una parte significativas en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona al

promover el dominio emocional, al proporcionar orientación cognitiva y consejo, al proveer ayuda y recursos materiales y al proporcionar feedback acerca de la propia identidad y desempeño” (Op.cit., p.66)

## 6.2. Funciones del Apoyo Social

Se conciben en general tres funciones importantes del apoyo social, el apoyo emocional; apoyo informacional y estratégico; y el apoyo material tangible o instrumental. Cada uno se presenta en la Tabla N ° 14.

Tabla N° 14: Tipos de apoyo social	
<b>Apoyo Emocional</b>	<p>Tres son las hipótesis que sostienen respecto al apoyo emocional Wills (1985) citado en Cornejo et al. (2000, p.73)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La experiencia de sentirse aceptado y valorado por otra persona aumenta la autoestima, incluso aunque el individuo tenga dificultades en otras áreas de su vida.</li> <li>❖ El conocimiento de que los propios problemas son compartidos por otros, según la teoría de la atribución, disminuye la gravedad percibida y el valor amenazante de los eventos negativos.</li> <li>❖ Las redes sociales pueden animar al sujeto para persistir en su intento de solucionar los problemas, convencerlos de que las cosas van a mejorar y ayudarlo a soportar la frustración.</li> </ul>
<b>Apoyo Informacional y Estratégico</b>	<p>“Se refiere a la posibilidad que tienen las personas de buscar, consejo o guía entre las personas que están a su alrededor, ayudándolo a superar la situación que lo a problema. Estas personas pueden proporcionar información acerca de la naturaleza de determinado problema; dar pistas de su interpretación, valoración y adaptación cognitiva; indicar los recursos relevantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción: estrategias de afrontamiento emocional y conductual, remitir a profesionales adecuados, animar a buscar asistencia, entre otras. (Gracia, 1995 en Cornejo et al. (2000, p.73)</p>
<b>Apoyo Material Tangible o Instrumental</b>	<p>“Este tipo de apoyo se define como la prestación de ayuda material directa o servicios. En general, se relaciona con el bienestar de la persona porque reduce las sobrecargas de tareas y deja mayor tiempo libre, sobre todo si el receptor percibe la ayuda como adecuada” (Op.cit. p.73).</p>
<b>Fuente:</b> Elaboración propia basada en Cornejo et al., 2000.	

### 6.3. Apoyo familiar y Embarazo Adolescente

Para las familias con hijo(a) adolescente es difícil conversar sobre sexualidad. “El diálogo abierto sobre la sexualidad tiene influencias significativas en la edad de la iniciación sexual y en la prevención del embarazo en la adolescencia” (Predebon, 2002, citado en Calesso, 2007, p.28). “En familias provenientes de contextos socioeconómicos desfavorables y con estilos educativos autoritarios, es posible percibir cierta dificultad en hablar directamente sobre estos temas” [...] “Estas dificultades en la comunicación, muchas veces, son las responsables del retraso a la hora de hablar sobre el embarazo con los padres, hecho perjudicial para la salud tanto de las jóvenes madres como de sus bebés” (Op.cit., p. 28).

Maldonado (1994, en Calesso, 2007, p. 29) menciona que “las experiencias y sentimientos positivos de la madre durante el embarazo y el apoyo recibido por parte de sus familiares ayudan en su adaptación a la maternidad. El soporte de la familia y de la pareja parece estar asociado a la baja incidencia de depresión posparto y a puntuaciones más elevadas en el Apgar del bebé. Así el apoyo social puede ser concebido como un factor favorable en la transición hacia la maternidad de las adolescentes y funciona como un importante refuerzo de las adquisiciones necesarias para los cuidados del bebé”

Si se piensa en cada una de las figuras proveedoras de soporte durante el embarazo, seguramente la madre de la adolescente asumirá el protagonismo. Stevenson, Maton y Teti (1999) citados en Calesso (2007, p.30), “realizaron un estudio que destaca la importancia expresa de la madre, de la pareja y de los amigos para el desarrollo de la maternidad. En sus resultados, también se menciona, aunque con menor frecuencia, el papel del padre, de los hermanos, de los abuelos y de la familia de la pareja dentro de este proceso. Otro factor relevante es la correlación negativa entre el apoyo social y la depresión durante el embarazo de las adolescentes, y la correlación positiva entre la autoestima y un alto nivel de satisfacción en las semanas siguientes al nacimiento del hijo”

El apoyo de la pareja se relaciona significativamente con el bienestar psicológico de las jóvenes madres. “Las adolescentes satisfechas con el apoyo de su pareja presentan bajos niveles de ansiedad, depresión y niveles más altos de la autoestima” [...] “Tales resultados fortalecen la relación encontrada por otros autores entre bienestar y apoyo social durante la maternidad. La satisfacción con el soporte recibido, también es, en gran parte, influencia por la capacidad de adaptación de la pareja a la nueva condición de padres y por las exigencias biopsicosociales y ajustes personales que implican estos cambios” (Op. cit. p.32).

## 7. SALUD MENTAL Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

### 7.1. La Salud Mental como Bienestar

La salud mental “consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad” [...] “La salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social” (Oramas, Santana, Vergara, 2007)

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. “La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. La filosofía que apadrina su nacimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción” (Lluch, 1999, p.11)

La Salud Mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.* “Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental” (OMS, 2004, p.7)

El Bienestar desde el punto de vista individual, es fácil identificarlo y definirlo; alude a sentirse bien, estar bien, no obstante, el estudio de este se torna complicado al no poder delimitar en las personas los componentes del bienestar, así como se establece un patrón común. “La falta de acuerdo en su delimitación conceptual se debe, entre otras razones, a la complejidad de su estudio, determinada en mucho por su carácter temporal,

su naturaleza pluri determinada, donde intervienen factores objetivos y subjetivos. En torno al bienestar existe una diversidad de enfoques” [...] “Uno de los componentes fundamentales del bienestar es la satisfacción personal con la vida. Esa satisfacción surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, con sus elementos actuales e históricos, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal”(García y González, 2000)

Por lo anterior, el concepto de salud como un estado biológico, mental y social posiciona a la salud, no desde la ausencia de la enfermedad, sino que la remite a un estado de bienestar, lo que equivale a considerar a la salud desde un enfoque positivo.

Seligman (2000) citado en Romero, García y Brustad (2009, p.336), “ha dado inicio a nuevo campo de la psicología denominado psicología positiva. En esta nueva área se comienzan a aglutinar e integrar todos aquellos conceptos relativos al bienestar, la felicidad y los enfoques más positivos y optimistas de la salud mental dejando el foco más tradicionalista en la enfermedad o los estados negativos de la salud mental”

El Bienestar es parte de la salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. “Es de todos conocido que cuando un individuo se siente bien es más productivo, sociable y creativo, posee una proyección de futuro positiva, infunde felicidad y la felicidad implica capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio” (Gracia y González, 2000).

## 7.2. Bienestar Psicológico

En salud mental se han vuelto relevantes los conceptos de bienestar psicológico y bienestar subjetivo. Aunque tienen sus similitudes, pertenecen a distintas visiones de ver el bienestar.

La filosofía del bienestar subjetivo la resume Diener (1994) citado en Blanco y Díaz, 2005, el cual señala: “la literatura sobre el bienestar subjetivo trata de cómo y por qué la gente experimenta su vida de forma positiva, incluyendo tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas. El bienestar subjetivo se inscribe, pues, dentro de un marco fundamentalmente emocional que ha tomado diversas denominaciones: felicidad, satisfacción con la vida, y afectos positivos o negativos”.

Por otra parte “el bienestar psicológico es una tradición más reciente, y ha centralizado su interés en el desarrollo personal, en el estilo y manera de afrontar los retos vitales, en el esfuerzo y afán por conseguir nuestras metas” (Op.cit)

La diferencia entre ambos conceptos está representada en lo que autores como Keyes, Ryff y Shmotkin (2002) citados en Romero et al., (2009, p.336) han clasificado, por un lado en la *tradición hedónica* el bienestar subjetivo, y por otro lado en la *tradición eudaimonica* el bienestar psicológico”.

“Desde una concepción hedónica, el bienestar consiste en la felicidad subjetiva y se ocupa de la experiencia del placer versus el displacer que incluye todos los juicios acerca de los elementos buenos y malos de la vida.

“Desde la perspectiva eudaimonica el sujeto tiene un carácter activo y emprendedor y le interesa el desarrollo de sus competencias y de sus potencialidades. Esta concepción del bienestar (psicológico para distinguirlo del subjetivo) es la que desde la psicología positiva se considera que favorece el desarrollo óptimo de las personas” [...] “El concepto de eudaimonia entendida como la autorrealización, se sitúa como el aspecto central del bienestar. Desde esta teoría se considera que las personas conseguirán su bienestar si en su continua interacción con el medio satisfacen sus necesidades de autonomía, competencia y relación. Ahora bien, estos autores consideran que en la satisfacción de las necesidades psicológicas se incrementa tanto el bienestar psicológico como el bienestar subjetivo” (Ryan y Deci, 2001 citados en Gil, 2007, p.125).

Existen una serie de modelos teóricos en salud mental y particularmente en el bienestar psicológico. Los modelos se centran en la salud mental positiva como modelos

de desarrollo personal, y se discriminan aquellos modelos teóricos de salud mental enfocados en el trastorno psiquiátrico como enfermedades psicóticas o de personalidad.

### 7.3. Modelo Integrado de Desarrollo Personal (Ryff, 1989)

Buscando un punto de convergencia entre las tradiciones eudaimónicas y hedónicas, Ryff (1989) sugirió un modelo multidimensional de bienestar psicológico bautizado como *Modelo Integrado de Desarrollo Personal*.

“Los intermediarios teóricos que conforman la teoría de Ryff se encuentran en los psicólogos clínicos centrados en el estudio del crecimiento personal. Sus principales representantes incluyen a Abraham Maslow (1968), Rogers (1961), Allport (1961) y Jahoda (1958), la cual defiende que la ausencia de enfermedad mental no podía ser el principal criterio para la definición de salud” (Romero et al., 2009, p.336).

Carol Ryff (1989) hace hincapié en la adaptación y crecimiento personal del individuo, así como en la adaptación e integración en su ambiente social. Lo que da lugar a una estructura integrada del bienestar psicológico por las seis dimensiones siguientes:

- ❖ **Aceptación de si mismo:** está determinada por el grado en que la persona se siente satisfecha con sus atributos personales. Este es un rasgo central de la salud mental, la persona presenta buena aceptación, reflejándola en una autoestima alta y aceptándose como es, esto favorece el bienestar psicológico general.
- ❖ **Vínculos psicosociales:** son las relaciones de confianza con otros, se caracteriza por que la persona tiene la capacidad de amar; esta capacidad disminuye el estrés e incrementa el bienestar psicológico. El tener relaciones satisfactorias con los demás, lleva a las personas a participar en grupos interesarse por establecer nuevos vínculos incrementando el bienestar psicológico.
- ❖ **Control de las situaciones:** es la habilidad personal para hacer uso de los propios talentos e intereses, así como de las opciones que se vayan presentando. Es la participación activa en el medio ambiente que permite funciones psicológicas positivas.
- ❖ **Crecimiento personal:** es el nivel en que la persona se encuentra abierta a nuevas experiencias, obteniendo logros, enfrentándose a los retos que la vida presente.
- ❖ **Proyecto de vida.** Es cuando la persona establece objetivos, tiene sentido de dirección y una intencionalidad en la vida; funciona positivamente y todo esto contribuye al sentimiento de tener una orientación y un lugar en la vida.
- ❖ **Autonomía:** se refiere a la autodeterminación, la independencia de la persona y la capacidad para regular su propia conducta; si una persona sacrifica su

autonomía, entonces se sentirá insatisfecha y presentara niveles bajos de bienestar psicológico.

El estudio hace uso de este modelo teórico centrándose en cuatro criterios los que son detallados posteriormente.

- ❖ Autoestima y auto concepto
- ❖ Vínculos sociales
- ❖ Proyecto de Vida
- ❖ Autonomía e independencia

### 7.3.1. Autoestima y Auto-concepto

“Los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor relevante en el desarrollo, especialmente en los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional, así como en la salud mental en general. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas y narcisistas, timidez y ansiedad social. Así mismo se ha demostrado, en pacientes que presentan cuadros afectivos, una alteración en la capacidad de evaluar sus fortalezas y debilidades, tendiendo a distorsionar la imagen de sí mismo” (Montt y Ulloa, 1996, p.30).

La autoestima se entiende como “la autoevaluación que el individuo hace y mantiene en forma persistente sobre sí mismo; se expresa en una actitud de aprobación o reprobación e indica hasta dónde él se siente capaz, significativo, exitoso y valioso. La autoestima es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo tiene de sí mismo. Es el grado relativo de valoración o aceptación con que las personas perciben su autoimagen. Estas percepciones incluyen la imagen de sí mismo en comparación con otros (percepción de sí), la imagen que percibe que los otros tiene de él (percepción del otro) y la imagen de cómo quisiera ser (sí mismo ideal). A mayor discrepancia entre el auto concepto ideal y la percepción que tiene de sí o de la respuesta a las expectativas del otro, hay una mayor alteración en la autoestima” (Op.cit).

“Los individuos con estima baja tienen reacciones negativas más intensas frente al fracaso. Esto los lleva a pensar en forma negativa de otros aspectos del sí mismo” [...] “Frente al feedback negativo, los de baja autoestima experimentan afectos negativos, exhiben una menor motivación en tareas posteriores y tienden a atribuir el fracaso más a la capacidad que al esfuerzo (Op.cit., pp. 30-31).

La autoestima baja que se presenta en las adolescentes embarazadas surge de las siguientes características:

- ❖ Falta de credibilidad en sí misma. Inseguridad
- ❖ Atribuyen a causas internas los problemas, incrementando las justificaciones personales.
- ❖ Desciende su rendimiento.
- ❖ Falta de habilidades sociales adecuadas para resolver situaciones conflictivas
- ❖ No se les realizan críticas constructivas y positivas.
- ❖ Aparece un incremento de los temores y del rechazo social, y por lo tanto, inhibición para participar activamente en las situaciones.

### 7.3.2. Vínculos Sociales

En la adolescencia uno de los cambios más significativos es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social. Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales. El joven procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar” (Gumucio, 2010)

“En la adolescencia se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras”. (Op.cit)

Las relaciones con iguales del mismo sexo y del sexo opuesto durante la adolescencia, sirven de prototipo de las relaciones adultas en las interacciones con los miembros del mismo sexo y del sexo opuesto. El adolescente que todavía no ha aprendido a entenderse bien con sus pares en esta etapa, cuando llegue a la edad adulta se enfrentará con serios obstáculos que le dificultarán su inserción social.

“Dentro de las adolescentes madres y gestantes se percibe un sistema de creencias donde se manifiesta que la amistad no existe, hay una tendencia a señalar que no se tienen amigos verdaderos, sólo compañeros o compinches, cosa que no es compartida

con las adolescentes, pues aunque dicen no tener verdaderos amigos”(Mantilla, López y Cortés, 2004, p.195).

“El grupo de adolescentes embarazadas y madres adolescentes han encontrado en el embarazo un evento álgido en sus vidas, donde tienen la oportunidad de descubrir qué tan fuertes son los lazos de amistad que han constituido. En la mayoría de los casos, ellas perciben de sus pares un distanciamiento que aunque no es muy explícito al principio, una vez avanza el embarazo se siente con mayor peso, sobre todo en lo que tiene que ver con las actividades sociales, fiestas, salidas en pareja, reuniones informales, etc. Se concluye una distancia entre el evento del embarazo y la cotidianidad vivida por los pares, tal vez porque el cuerpo (embarazo) manifiesta que no hay paridad, se evidencia nuevamente que la amistad consolidada por los adolescentes se relaciona con el nivel de semejanza que hay entre ellos, distanciando lo que les resulta diferente” (Op.cit, p.195).

“Las relaciones entre pares con la adolescente embarazada y viceversa ya no es tan significativa, pues esta nueva condición hace que la interacción entre ellos no les permita identificarse; es decir, la paridad se disuelve en la medida en que avanza el embarazo, *cada vez eres más diferente de mi*. Para los adolescentes, es muy importante establecer relaciones de amistad y vincularse social y afectivamente con personas que compartan las mismas vivencias e intereses; y en este caso, la joven embarazada comienza a ejercer un rol que ellos perciben que corresponde más a los adultos” (Op.cit)

### 7.3.3. Proyecto de Vida

El proyecto de vida es lo que una persona se propone hacer en distintas áreas a través del tiempo, con la intención de desarrollarse.

En el caso del proyecto de vida de la joven embarazada, la maternidad puede estar caracterizada:

- ❖ “Como un quiebre en las expectativas que su entorno tenía para ella, siendo el embarazo un punto final a su proyecto de vida y un obstáculo a su desarrollo, generando sentimientos de tristeza, frustración, angustia y miedo. Para la adolescente, la situación de embarazo y los conflictos asociados a este, pueden hacer aún más difíciles la tarea de pensarse a sí misma, pudiendo estancarse en su condición de maternidad, sin abrirse a otras posibilidades de desarrollo” (Salvatierra, Aracena, Ramírez, et al.2005, p. 144)

- ❖ “Como la satisfacción de su anhelo de tener un hijo, a quien se lo percibe como propiedad, siendo éste la concreción del proyecto de vida y motivo de realización personal. Estudios realizados en Latinoamérica, reportan que este último tipo de reacción se da con mayor frecuencia en adolescentes de nivel socioeconómico bajo, quienes ante la escasa posibilidad de desarrollo social, ven a la maternidad como finalidad y como un evento deseado, aún a temprana edad” (Op.cit)

En cualquiera de estos casos la toma de decisiones que haga la joven acerca de lo que quiere ser y hacer a futuro, va a estar modulada por factores personales, tales como el auto concepto y también por factores sociales como el apoyo de la familia, de la pareja, de la escuela, entre otros” (Op.cit., p.144).

El hecho de que en su proyección de sujeto esté otro, en este caso su hijo y en ocasiones el papá del hijo, señala que dentro de la construcción de sujeto hay otro que es garante de tal construcción; dicho de otro modo, ahora la joven necesita de su hijo como referente de su identidad. “Una madre que haya tenido su hijo sin importar la edad, se espera que vincule al hijo a sus proyectos futuros, no obstante se espera que, además de ser madre, desempeñe socialmente otros roles (profesional, esposa, u otros). Lo que ocurre con estas mujeres es que limitan su proyecto de vida casi sólo a su hijo, reduciendo las posibilidades de desarrollo personal” [...] “se podría afirmar que los límites de su relación con el hijo marcan los que ella tiene como sujeto.” (Mantilla, López y Cortés, 2004, p.201).

#### **7.3.4. Autonomía e Independencia**

Una de las principales tareas evolutivas que deben resolver los seres humanos durante la adolescencia es llegar a adquirir autonomía respecto de sus progenitores, y prepararse para vivir como un sujeto adulto con capacidad para decidir y actuar por sí mismo. “Esta autonomía dista mucho de ser un concepto unitario ya que parece incluir diversos componentes. (Oliva y Parra, 2000, p. 182)

Se diferencian tres niveles o dimensiones en esta autonomía o separación de los padres:

- ❖ *La autonomía actitudinal o cognitiva:* referida a la concepción del propio yo como algo único y diferenciado;
- ❖ *La autonomía funcional o conductual* como capacidad para tomar decisiones y manejar los asuntos propios sin la ayuda de los padres;

- ❖ *La autonomía emocional*, referida a la desvinculación emocional y la liberación de la necesidad de apoyo emocional de los padres. Por lo tanto, parece que en este proceso seguido por los adolescentes encaminados a conseguir niveles cada vez mayores de autonomía, la desvinculación afectiva respecto a sus padres representa un aspecto fundamental.


Steinberg y Silverberg (1986) citados en Oliva y Parra (2000, p. 182) “emplearon el término de *autonomía emocional* para referirse a esta desvinculación afectiva, la cual incluye diversos componentes, unos cognitivos como la tendencia a percibir a los padres como personas con sus propias necesidades y deseos, y desprovistas de ese halo de omnipotencia propio de la idealizada imagen infantil. Otros componentes tienen un carácter más afectivo, como la independencia o individuación que llevan al adolescente a construir su propio mundo al margen del de sus padres y liberarse de la excesiva necesidad de apoyo afectivo”

Otros autores como Ryan y Linch (1989) citados en Oliva y Parra (2000, p. 182) “argumentan que una alta autonomía emocional con respecto a los padres puede estar indicando una experiencia previa en el contexto familiar de falta de apoyo y afecto, que no sólo no va a conducir a una mayor individuación, sino que podría llegar a suponer un obstáculo para el logro de la identidad y la formación de un auto concepto positivo. Desde esta perspectiva, una alta autonomía emocional no supondría para el adolescente un mayor nivel de madurez o desarrollo, al contrario, bien podría estar relacionado con el rechazo o la frialdad en el vínculo afectivo establecido con los padres que habría originado en la adolescente una relación de apego de tipo inseguro evitativo. Los niños con apego de tipo evitativo se muestran bastante distantes y fríos en sus relaciones con sus padres, y también con los iguales, lo que puede llevar a considerar a primera vista su comportamiento como muy independiente. En realidad se trata de una estrategia defensiva que les lleva a adoptar una postura de indiferencia para evitar el sufrimiento derivado del rechazo materno o paterno”

Como han señalado Oliva y Parra (2000, p. 183) citando a Silverberg y Gondoli (1996), “las consecuencias de la autonomía emocional serían positivas o negativas dependiendo de la calidad de las relaciones familiares y del nivel de estrés existente en el contexto familiar, de forma que la situación más favorable para el desarrollo del adolescente sería aquella en la que se produce un equilibrio entre la autonomía o individuación con respecto a los padres y el mantenimiento de una buena relación con ellos.

“Si el contexto familiar es un importante mediador en la relación entre la autonomía emocional y el nivel de desarrollo adolescente, no hay que despreciar la importancia que puede tener el contexto cultural, y es posible que estas relaciones sean diferentes en distintos países y en distintas culturas. Por ejemplo, en culturas como la norteamericana, en las que se valora mucho la autonomía o independencia es razonable esperar que la desvinculación afectiva tenga un mayor valor adaptativo que en otras en las que haya una mayor cohesión familiar y en las que las relaciones familiares ocupen un lugar prioritario”(Op.cit., p.183).

Por último, hay que señalar que “si el contexto familiar y cultural pueden condicionar las relaciones entre autonomía emocional y el desarrollo o ajuste psicológico, el género también es una variable que debe tenerse en cuenta, ya que es muy probable que la desvinculación afectiva tenga una menor aceptación social y por lo tanto genere más dificultades de adaptación cuando se trata de las adolescentes” (Op.cit., p.184).



*Diseño de  
Investigación*

## 1. PRESENTACIÓN

A Continuación se expone el Diseño de Investigación. El cual se inserta dentro de la fase de preparación y reflexión del estudio y tiene como propósito establecer el contexto metodológico de la investigación.

Una vez que se ha definido el tipo de estudio a realizar, se debe concebir la manera práctica y concreta de responder a las preguntas de investigación. Esto implica seleccionar o desarrollar un diseño de investigación y aplicarlo al contexto particular de su estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2003)

El contenido de este apartado parte con el paradigma de investigación y otros antecedentes metodológicos. Posteriormente se presentan los Objetivos, el Diseño Muestral y los Instrumentos de Recolección de Información, entre otros.

Finalmente, se describe brevemente el Plan de Análisis, el cual se utiliza, en la práctica como una pauta que marca los procesos de investigación mediante un tiempo determinado o cronograma.

## 2. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS

### 2.1. Paradigma de Investigación: Cualitativa Interpretativa

Para los objetivos propuestos se requiere un paradigma que contribuya a una visión subjetiva y más personalizada; un paradigma que considere el significado y las percepciones que la adolescente tiene respecto a su embarazo, así como también, la interpretación de lo que piense o sienta en el presente y futuro. Por ende, el paradigma que se ajusta a la propuesta de investigación y a los objetivos de este estudio es el paradigma cualitativo- interpretativo.

Taylor y Bogdan (1986) citado en Rodríguez, Gil y García (1996, p. 33), consideran en un sentido amplio la investigación cualitativa como “aquellas que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” estos autores señalan las características propias de la investigación cualitativa (Ver tabla N° 15)

**Tabla N° 15:** Características de la Investigación Cualitativa.

- ❖ Es inductiva.
- ❖ El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.
- ❖ Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio.
- ❖ Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro de un marco de referencia de ellas mismas.
- ❖ El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predicciones.
- ❖ Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.
- ❖ Los métodos cualitativos son humanistas.
- ❖ Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.
- ❖ Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- ❖ La investigación cualitativa es un arte.

**Fuente:** Elaboración propia basada Rodríguez, Gil y García (1996)

## 2.2. Tipo de Estudio

De acuerdo a los objetivos perseguidos, la investigación corresponde al de tipo exploratoria-descriptiva. Primero, que sea *exploratoria*, quiere decir que el tema de estudio está escasamente examinado como para probar hipótesis, por lo tanto, se requiere conocerlo en profundidad. La razón de su uso se fundamenta en la posibilidad de descubrir ciertas áreas a investigar en futuras investigaciones, a través de afirmaciones o postulados. Para esto se necesita investigar comportamientos, identificar conceptos o variables promisorias y establecer prioridades para investigaciones futuras. Segundo, los estudios *descriptivos* se complementan con los exploratorios en la medida que éste entrega más detalle en la exploración de un cierto tema de estudio. “Un estudio descriptivo busca describir distintos fenómenos” [...] “este tipo de investigación presenta las siguientes características: a) la formulación del problema es precisa. b) El foco de atención está puesta en el problema o tema principal. c) Lo fundamental es caracterizar el problema estudiado en la forma más amplia y completa posible, dejando para una etapa posterior la búsqueda de los factores con los cuales está asociada. d) Puede o no llevar hipótesis. e) Las unidades de análisis pueden ser de diversa naturaleza y de variado número” (Pasten, 1998, p.18).

Además, la investigación es de tipo *no experimental* y *transaccional* (transversal), lo que quiere decir, que no se manipulan las variables (no experimental), en este estudio se observan los fenómenos tal cual se dan en su contexto natural, para después analizarlos en un sólo momento, en un periodo de tiempo único (transaccional), que en este caso se realiza durante el año 2010.

El estudio es *hermenéutico*, es decir, interpretativo, tiene que ver en términos generales con la teoría y práctica del entendimiento y en términos particulares con la interpretación del significado de textos y acciones. La hermenéutica nos enseña cómo vamos a interpretar y qué implica interpretar.

El proceso hermenéutico empieza desde que un conjunto de símbolos son reunidos dentro de lo que se llama texto. En la medida en que permitimos que nuestra lectura tenga como objetivo un juicio crítico o un objetivo científico, estamos inmersos en la reflexión hermenéutica.

## 2.3. Enfoques Teóricos Metodológicos

### ❖ Fenomenología

La investigación se concibe de tipo fenomenológica (Ver tabla N° 16). Apoyada por el paradigma cualitativo-interpretativo, “la investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vital, del mundo de la vida, de la cotidianidad. Lo cotidiano, en sentido fenomenológico, es la experiencia no conceptualizada o categorizada” [...] “La investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos, existenciales. La fenomenología procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana, y no las relaciones estadísticas a partir de una serie de variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos” (Van Manen, 1990 citado en Rodríguez, Gil y García, 1996, p. 40).

El objetivo principal que respalda el uso de la fenomenología en este estudio se enumera a continuación:

- ❖ La investigación es cualitativa.
- ❖ El estudio busca conocer descriptivamente los significados y percepciones de las adolescentes embarazadas en cuanto a su salud mental, al igual que busca la interpretación de los datos.

**Tabla N° 16:** Procedimientos del Método Fenomenológico.

- ❖ Descripción del fenómeno: supone partir de la experiencia concreta y describirla de la manera más libre y rica posible, sin entrar en clasificaciones o categorizaciones, pero trascendiendo lo meramente superficial.
- ❖ Búsqueda de múltiples perspectivas: se trata de obtener toda la información posible desde diferentes perspectivas y fuentes, incluso cuando son contradictorias.
- ❖ Búsqueda de la esencia y la estructura: se establecen las categorías y las relaciones existentes entre ellas.
- ❖ Constitución de la significación: el investigador profundiza más en el examen de la estructura, centrándose en cómo se forma la estructura de un fenómeno determinado en la consciencia.
- ❖ Suspensión de enjuiciamiento: se trata de distanciarse de la actividad para poder contemplarla con libertad, sin las contradicciones teóricas o las creencias que determinen una manera u otra de percibir.
- ❖ Interpretación del fenómeno: se trata de sacar a la luz los significados ocultos, tratar de extraer de la reflexión una significación que profundice por debajo de los significados superficiales y obvios presentados por la información acumulada a los largo del proceso.

**Fuente:** Elaboración Propia basada en Rodríguez, Gil y García, 1996, pp. 42-43

### ❖ Método Biográfico

Se utiliza el método biográfico (Ver tabla Nº 17), el cual recoge las experiencias vividas por una persona, tanto como sus sentimientos, pero fundamentalmente, realiza una elección de los recuerdos, las creencias y los valores, interpretándolos de una cierta manera. En las biografías encontramos puntos de inflexión o hitos que permiten entender con mayor profundidad los contextos en que se inscribe esa vida. Ellas reconstruyen el contexto de una época o de una comunidad científica o cultural desde la perspectiva interpretativa de la persona involucrada.

Dentro de este método existen dos términos de uso frecuente. La biografía y la autobiografía. “la diferencia principal entre ambos términos es que mientras el segundo constituye la narración de la propia vida, contada por su propio protagonista, el primero consiste en una elaboración externa al protagonista, normalmente narrada en tercera persona” (Pujadas, 2002, p.13). Posteriormente se introdujeron los términos historias de vida y relatos de vida. El autor propone los *relatos de vida* como la “historia de una vida tal como la persona que la ha vivido la cuenta” [...] siendo las *historias de vida* “el estudio de caso referido a una persona dada, comprendiendo no sólo su relato de vida, sino que cualquier otro tipo de información o documentación adicional que permita la reconstrucción de dicha biografía de la forma mas exhaustiva y objetiva posible” (Op.cit). En la tabla Nº17 se presenta el procedimiento para este método.

**Tabla Nº 17: Procedimientos del Método Biográfico.**

- ❖ Elaborar un planteamiento teórico del trabajo que explicita claramente cuales son las hipótesis de trabajo iniciales.
- ❖ Justificar metodológicamente el porqué de la elección del método biográfico
- ❖ Delimitar con la mayor precisión posible el universo de análisis (comunidad, grupo profesional, de edad, colectivo, inmigrado, entre otros.)
- ❖ Explicitar los criterios de selección del o de los informantes a biografar.
- ❖ Elegir la técnica que se utilizará para conseguir el *relato biográfico*: documento personal, encargo de una autobiografía, observación participantes o entrevista biográfica.
- ❖ Análisis de los datos (narrativa).

**Fuente:** Elaboración propia basada en Pujadas (2002)

El relatar los acontecimientos o los momentos vividos de manera escrita y en un ambiente adecuado y familiar pueden resultar más íntimo para la adolescente y expresar con más detalle sus percepciones y los significados adheridos al acontecimiento vivido. Por lo tanto el uso de este método tiene una implicancia práctica en la recolección de información.

### 3. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de continuar, es preciso, por razones prácticas y operativas, mencionar la delimitación del problema de investigación.

*El embarazo conlleva una serie de problemas sociales y psicológicos a la adolescente, más aún si se trata de un embarazo no deseado. Estos problemas afectan el bienestar y la salud mental de la adolescente y pueden llegar a ser perjudiciales en el desarrollo del feto o neonato, si no se enfrentan con apoyo y un bienestar psicológico adecuado.*

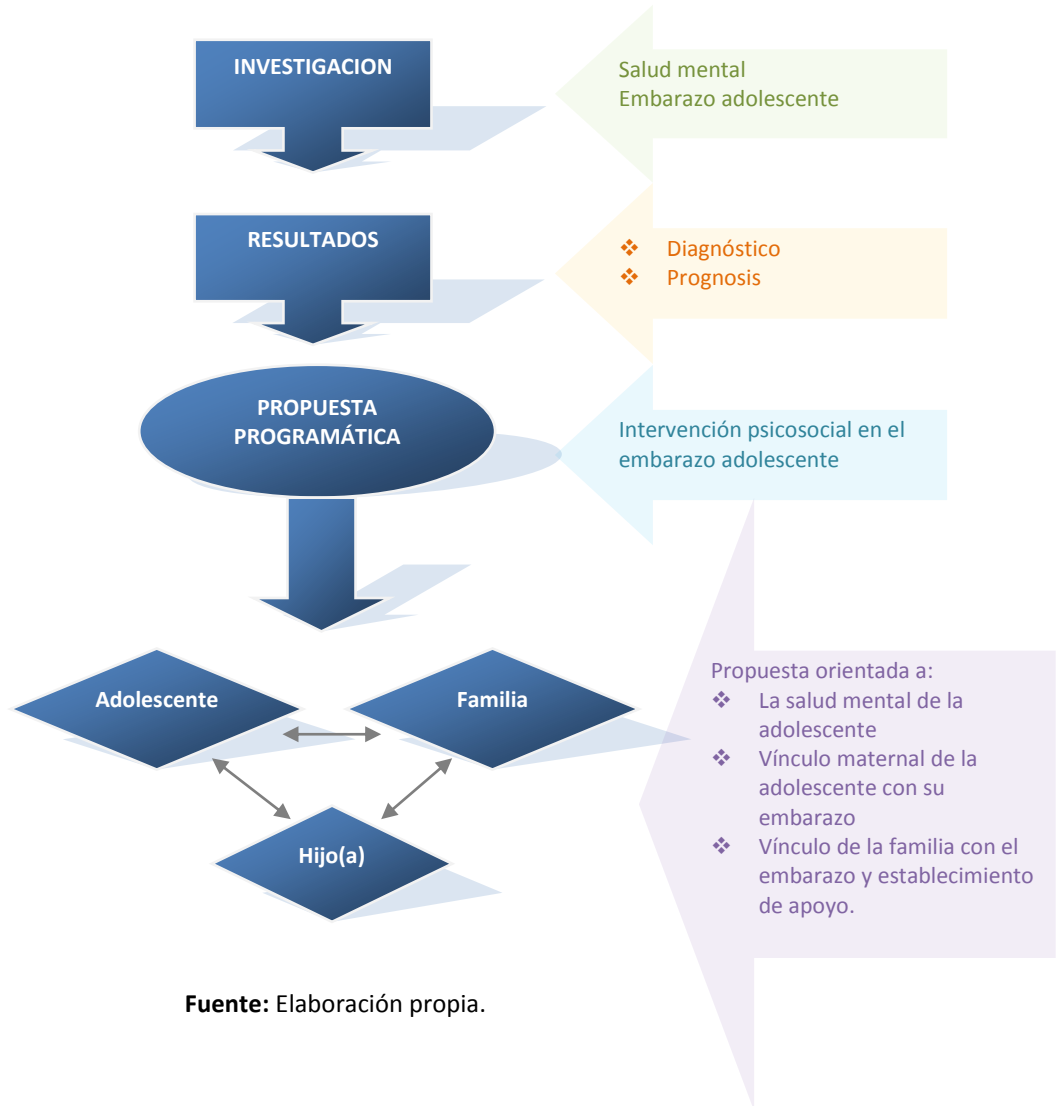
*Por ende, la investigación se propone conocer la salud mental, mediante el bienestar psicológico de la adolescente embarazada.*

La investigación tiene como propósito conocer la salud mental de las adolescentes embarazadas, a través del bienestar psicológico, para así crear acciones futuras que permitan el bienestar no sólo de la madre si no que también del niño(a) (ver diagrama N° 5).

La finalidad de este seminario es la creación de una propuesta programática en torno al embarazo adolescente, cuyos lineamientos se extraen de la investigación, por lo tanto las conclusiones de este estudio fundamentan el actuar en pro de un mejor bienestar psicológico tanto de la adolescente embarazada como de su hijo(a).

Además el tema del embarazo adolescente está relacionado con un conjunto de dimensiones no menos importantes, vinculadas al entorno familiar y social de la adolescente. Asimismo el apoyo social percibido por la adolescente embarazada.

Diagrama N° 5: Investigación y Propuesta de Seminario de Título.



Fuente: Elaboración propia.

#### 4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Lo siguiente se refiere a las preguntas de investigación, las cuales se extraen del problema de investigación; orientan los objetivos y por ende al estudio.

- 4.1. ¿Qué significados y percepciones tiene la adolescente acerca de su embarazo?
- 4.2. ¿Qué consecuencias sociales y psicológicas tiene el embarazo adolescente?
- 4.3. ¿Quién o quienes son el Apoyo Social más relevante y qué significado tiene ese apoyo para la Adolescente Embarazada?
- 4.4. ¿Cómo es el Bienestar Psicológico de la Adolescente Embarazada?

## 5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 5.1. Objetivos Generales

- 5.1.1. Conocer la Salud Mental de las Adolescentes Embarazadas inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur, a través del Bienestar Psicológico, para así identificar factores favorables o potencialmente perjudiciales que puedan vulnerar la Salud Mental de la adolescente y pongan en riesgo la salud del feto.
- 5.1.2. Conocer el proceso del embarazo y sus significados inherentes, así como también el apoyo social en las adolescentes inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur, mediante la propia perspectiva de la adolescente con el propósito de localizar nodos relevantes y complementarios en relación con el bienestar psicológico.
- 5.1.3. Conocer los resultados y conclusiones de la investigación respecto a la salud mental de la adolescente embarazada, para la creación de una propuesta programática dirigida a la Salud Mental y Embarazo Adolescente, y tenga como objetivo principal el cuidado y protección del hijo(a).

### 5.2. Objetivos Específicos

- 5.2.1. Conocer el Bienestar Psicológico de las Adolescentes Embarazadas inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur.
- 5.2.2. Conocer el significado y percepción del embarazo que tienen las adolescentes inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur.
- 5.2.3. Indagar acerca de las consecuencias sociales y psicológicas del embarazo en las adolescentes inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur.
- 5.2.4. Conocer la importancia que tiene el Apoyo Social para las Adolescentes Embarazadas, inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur.
- 5.2.5. Confeccionar una propuesta programática dirigida a la salud mental en el embarazo adolescente para ser aplicada en el C.G.U. de Belloto Sur.

## 6. DISEÑO MUESTRAL

### 6.1. Universo

El universo lo componen los sujetos participantes de la investigación, en este caso, las adolescentes embarazadas inscritas en el C.G.U. de Belloto Sur.

### 6.2. Criterios de selección

- ❖ Las adolescentes embarazadas deben tener entre 14 y 21 años de edad.
- ❖ Teniendo en cuenta la accesibilidad de los sujetos de estudio y la disponibilidad de los recursos con que se cuentan para el estudio se determina que los sujetos participantes deben encontrarse en zonas geográficas accesibles.
- ❖ Las adolescentes embarazadas deben expresar el deseo de participar del estudio libre y voluntariamente.

### 6.3. Muestra

La muestra es de tipo no probabilística e intencional, cuya selección se hace atendiendo los criterios de selección.

La selección de los sujetos participantes se hace mediante las fichas de salud que mantiene el sector de maternidad del C.G.U. de Belloto Sur.

## 7. CRITERIOS DE CALIDAD

La calidad de la investigación es un aspecto fundamental que las investigaciones deben garantizar. Esta calidad es determinada, mayoritariamente por el rigor metodológico con que se llevó a cabo el estudio.

Los criterios de rigor para los estudios cuantitativos son contraproducentes para los de tipo cualitativo. Lincoln y Guba citado en Rodríguez, Gil y García (1996, p. 286) “adoptan posiciones extremas en su rechazo a los conceptos tradicionales de fiabilidad y validez, desarrollando un sistema alternativo de estándares para juzgar el mérito de la investigación que ellos denominan naturalista”. Estos autores aluden a cuatro aspectos (ver tabla N°18) interpretándolos desde el enfoque naturalista o cualitativo.

Tabla N° 18: Rigor científico de la investigación cualitativa		
Aspecto	Termino Científico	Término Naturalístico
Valor verdadero.	Validez interna	Credibilidad.
Consistencia.	Fiabilidad.	Dependencia.
Aplicabilidad.	Validez externa (generalización).	Transferencia (transferir los resultados a otros contextos).
Neutralidad.	Objetividad.	Confirmación

**Fuente:** Elaboración propia basada en Rodríguez, Gil y García (1996, p. 286)

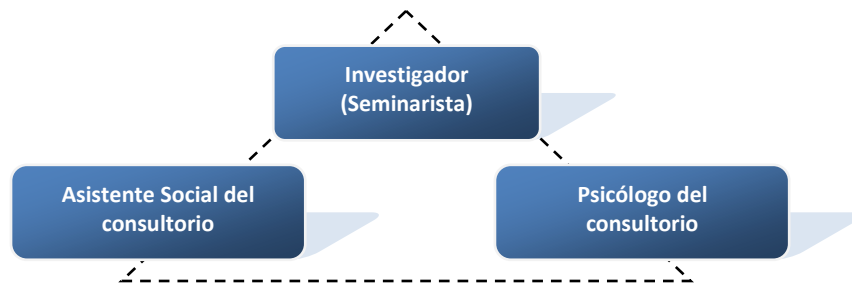
En esta investigación se utilizarán los criterios de calidad: credibilidad, dependencia y confirmación. A continuación se revisa cada uno y se detallan los procedimientos para evaluar cada criterio en la investigación.

### 7.1. Credibilidad

“Alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación” [...] “La credibilidad hace referencia a la necesidad de que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y las perspectivas que los sujetos participantes poseen sobre las realidades estudiadas” (Op.cit).

En este estudio se utilizará la técnica de *triangulación de fuentes* para contrastar los resultados e interpretaciones del estudio. (Ver el diagrama N° 6)

**Diagrama N° 6:** Triangulación de fuentes.



**Fuente:** elaboración propia. 2010.

El procedimiento de triangulación se hace una vez recogidos los datos. Estos deben estar analizados e interpretados, siendo la verificación de conclusiones las que se someten a evaluación. En este proceso:

- ❖ La información debe estar transcrita.
- ❖ Una vez transcrita debe ser reducida en aspectos relevantes y categorías.
- ❖ La información debe estar interpretada para que las fuentes puedan establecer las conclusiones pertinentes.

## 7.2. Confirmación

La confirmación tiene que ver con la independencia de los descubrimientos frente a inclinaciones, motivaciones, intereses o concepciones teóricas del investigador.

Se refiere a la forma en la cual un investigador puede seguir la pista, o ruta, de lo que hizo otro. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que ese investigador tuvo en relación con el estudio.

Los procedimientos para evaluar este criterio son:

- ❖ El ejercicio de reflexión permanente en cuanto al diseño de investigación, el instrumento de recolección de información y el material recopilado e interpretado.
- ❖ Además la fiel transcripción de lo que expresen los sujetos participantes es una forma de entregar *confirmabilidad* en la investigación y está disponible en el anexo de este seminario.

### 7.3. Transferencia

La transferencia da cuenta de la posibilidad de ampliar los resultados del estudio a otras poblaciones. Guba y Lincoln (1981) indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados a otro contexto. Para ello se necesita hacer una descripción densa del lugar y las características de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Así el grado de transferibilidad es función directa de la similitud entre los contextos donde se realiza un estudio.

Se evalúa este criterio mediante la descripción del contexto y las características de los sujetos investigados.

## 8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos de recolección de información utilizados en este estudio corresponden a la entrevista focalizada, estandarizada y programada, relatos de vida y cartas, siendo los dos últimos partes del método biográfico.

### 8.1. Entrevista Focalizada, Estandarizada y Programada

La entrevista focalizada “sirve para la obtención de fuentes cognitivas y emocionales de las reacciones de los entrevistados ante algún suceso. Trata a los entrevistados como sujetos cuyas respuestas al suceso es el material a estudio, más que como informantes del suceso mismo.

Esta técnica cumple con el objeto de recabar suficiente información (profundidad) de algunos aspectos personales, relacionados con los sentimientos y percepciones que tengan las adolescentes embarazadas, e incorpora simultáneamente la libertad y espontaneidad de las respuestas con la focalización de las preguntas.

La entrevista, además de ser focalizada es *estandarizada y programada* para todos los sujetos del estudio. Este tipo de entrevistas se caracterizan en: (Valles, 2003, p. 187)

- ❖ Que el estímulo sea el mismo para todos los encuestados.
- ❖ Que sea posible redactar todas las preguntas de modo que tengan el mismo significado para todos los encuestados.
- ❖ Que el orden de las preguntas deba ser el mismo para todos, con el fin de conseguir un contexto equivalente.

## 8.2. Relatos de vida y Cartas

El relato de vida se entiende como una narración, una descripción en primera persona sobre un tema en particular. Se propone en este estudio utilizar el término de testimonio para identificar el relato de vida respecto de un suceso puntual, de un momento de su vida, en este caso, concerniente al embarazo adolescente.

Otra técnica de recolección de información utilizada en este estudio corresponde a cartas dirigidas al hijo(a). Ambas técnicas provienen del método biográfico descrito anteriormente.

Los relatos son obtenidos por el estudio mediante encargo, es decir, se reconstruyen los acontecimientos vividos por la adolescente por una iniciativa externa a ellas. La técnica para conseguir los testimonios y las cartas es la entrevista biográfica, la cual consiste en un diálogo abierto con una pauta, en el que la función básica del entrevistador es estimular al sujeto analizado para que proporcione respuestas claras, cronológicamente precisas, en las que se expliciten de la forma más amplia posible las referencias a terceras personas, a ambientes y lugares concretos en los que transcurren los distintos episodios biográficos.

## 9. RELACIÓN ENTRE PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

**Tabla Nº 19:** Relación entre preguntas de investigación e instrumentos de recolección de información.

Preguntas de investigación	Dimensiones / categorías	Instrumentos de recolección de información	
¿Qué significados y percepciones tiene la adolescente acerca de su embarazo?	Noticia de embarazo (Sentimientos y emociones. Contexto de la situación)	Relatos de vida	❖ Descripción del momento cuando la adolescente se entera de su embarazo.
	Significado del Embarazo. Vínculo maternal	Entrevista	❖ Significado del embarazo en la adolescencia ❖ Significado del aborto. ❖ Embarazo deseado o no deseado
		Carta	❖ Texto escrito libremente por la adolescente dirigido a su hijo(a).
	Miedo o angustia al embarazo y/o parto.	Entrevista	❖ Temor o preocupación asociada al embarazo y parto.
¿Qué consecuencias sociales y psicológicas tiene el embarazo adolescente?	Vida antes del embarazo. Rutina diaria, pasatiempos, vida familiar y social.	Relatos de vida	❖ Descripción de la vida adolescente previa al embarazo ❖ Descripción de la vida post-embarazo
¿Quién o quienes son el apoyo social más relevante y qué significado tiene ese apoyo para la Adolescente Embarazada?	Apoyo familiar Significados del apoyo familiar	Entrevista	❖ Apoyo fundamental. ❖ Significado y percepción del apoyo familiar. ❖ Significados y percepción del apoyo de la pareja o padre del bebé. ❖ Significados y percepción del apoyo del grupo de pares.
¿Cómo es el Bienestar Psicológico de la Adolescente Embarazada?		Entrevista	❖ Significado de felicidad. ❖ Satisfacción con la vida de la adolescente.

	Satisfacción con la vida. Felicidad.	Relatos de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Descripción del acontecimiento más alegre en el embarazo.</li> <li>❖ Descripción del acontecimiento más triste en el embarazo.</li> <li>❖ Descripción del acontecimiento más triste de la vida.</li> <li>❖ Descripción del acontecimiento más alegre de la vida.</li> </ul>
	Autoestima / Auto concepto.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Descripción personal de la adolescente.</li> <li>❖ Descripción de virtudes.</li> <li>❖ Descripción de defectos.</li> </ul>
	Vínculos sociales positivos. Grupos de pares. Actividades sociales.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Significado de amistad</li> </ul>
	Proyecto de vida	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Propósito en la vida</li> <li>❖ Propósito en la vida previo a embarazo</li> <li>❖ Proyecto de vida futuro con el hijo(a)</li> </ul>
	Autonomía respecto a la familia de origen y a la pareja o padre del bebé.	Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Significados de la dependencia frente a los padres o familia o pareja.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

## 10. ANÁLISIS DE LOS DATOS

“Se define el análisis de los datos como un conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos sobre los datos con el fin de extraer significado relevante en relación a un problema de investigación” (Rodríguez, Gil y García, 1996, p.200)

Para analizar los datos se utiliza además del análisis general de datos cualitativos, el análisis de contenido, el cual se detalla más adelante.

La recolección de los datos se hará mediante una grabadora de audio, y se registran mediante transcripción manual a un archivo de escritura digital Office Word.

Los archivos de grabación se encuentran en casete de 90 min. Se almacenan en un archivo digital, en carpetas separadas con el indicativo de cada adolescente.

La transcripción es literal, lo que en términos prácticos significa transcribir tal cual los relatos de las adolescentes, sin omitir palabras o sonidos, ni cambiar el significado de las frases.

El proceso general del análisis de datos corresponde a la reducción de información, disposición y transformación de datos, obtención y conclusiones. A continuación se describen cada uno de estos procedimientos.

### Reducción de los datos

#### ❖ Separación de unidades de contenido

La separación de unidades de contenido se hace mediante criterios temáticos, es decir el texto queda reducido en función del tema sobre el que trate. (Ver tabla nº 20)

Tabla Nº 20: Reducción de los datos.	
Criterios temáticos	
❖	<b>Bienestar Psicológico</b>
	○ Satisfacción con la vida/felicidad
	○ Autoestima
	○ Vínculos sociales
	○ Proyecto de vida
	○ Autonomía
❖	<b>Embarazo</b>
	○ Percepción del embarazo
	○ Consecuencias del embarazo
	○ Apego (vinculo con el hijo(a))
	○ Apoyo social y(o) familiar

Fuente. Elaboración propia. 2010.

### ❖ Identificación y clasificación de unidades

Una vez separadas las unidades de análisis se procede a categorizar y a codificar.

Categorizar es el proceso mediante el cual se clasifica conceptualmente una unidad, la codificación es la operación concreta de asignar un indicativo (código) a la categoría.

El proceso de construcción de categorías es de deductivo. Esto quiere decir que se consideran las categorías previas al estudio.

### ❖ Síntesis y agrupamiento

Se ubican diferentes registros bajo un mismo tópico o concepto reduciendo un número determinado de unidades a un sólo concepto que lo representa.

### **Disposición y transformación de los datos**

En relación a la disposición y transformación de datos, se seleccionan los registros de las entrevistas para ilustrar la interpretación y descripción de los datos.

### **Obtención de resultados y conclusiones**

Las tareas de obtención de resultados y conclusiones implican la inclusión de fragmentos narrativos e interpretaciones del investigador, así como el uso de diagramas para ilustrar las interpretaciones. Constituyéndose en procedimientos útiles para la fase analítica que culmina con la evaluación de los criterios de calidad.

### 10.1. Análisis de Contenido

Como se dijo anteriormente, el estudio utiliza el análisis de contenido, el cual tiene ciertas características que lo hacen distinto a otros análisis de tipo cualitativo o cuantitativo.

El porqué de su uso se relaciona con la metodología y propósitos del estudio, el cual intenta ser interpretativo. El análisis de contenido aporta un cierto sentido a la interpretación ya que busca los significados manifiestos y latentes en los datos, en este caso, de las cartas escritas por las adolescentes embarazadas.

De acuerdo a Berelson (1952) citado en Krippendorff (1990), el análisis de contenido es una técnica para estudiar y analizar la comunicación de una manera objetiva, sistemática y cuantitativa. Es una técnica muy útil para analizar los procesos de comunicación en diversos contextos. El análisis de contenido es una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y validas que puedan aplicarse a su contexto.

En cuanto a la metodología del análisis de contenido, se precisan algunos conceptos:

Unidad de Registro: constituyen segmentos del contenido que son caracterizados para ubicarlos dentro de categoría, pueden ser: la palabra, el tema, el ítem. La unidad de análisis en este estudio corresponde a la carta escrita por las adolescente embarazada a su hijo(a), lo que equivale a un ítems.

Categorización: posteriormente los datos registrados se categorizan mediante tópicos o temáticas que surgen bajo los propósitos de esta investigación. Se denominan categorías.

Se debe distinguir entre unidad de registro (lo que se cuenta) y regla de enumeración (como se cuenta) (Bardin, 2002).

Reglas de enumeración: *La presencia o ausencia:* la presencia de indicadores es un indicador, como también la ausencia. (Bloqueos o rechazos). *La frecuencia:* es la medida más utilizada. La importancia de una unidad de registro crece con su frecuencia de aparición.

## 11. CRONOGRAMA

Procesos	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
<b>Recolección de Información</b>	*	*	**	
<b>Transcripción y Análisis de los datos</b>		*	**	
<b>Confección de la Propuesta de Intervención Programática</b>			*	**
<b>Entrega de Resultados finalización del análisis de los datos</b>			*	* **

Simbología	
*	Tiempo Programado
**	Tiempo de Holgura
□	Tiempo Real

## 12. PLAN DE ANÁLISIS

Procesos o Etapas	Descripción de tareas	Recursos	Periodo
<b>PREPARATORIA</b> Etapa reflexiva y diseño de investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación con institución patrocinante del estudio.</li> <li>• Búsqueda del área y tema a investigar con el equipo psicosocial de la institución. (relevancia y accesibilidad del estudio)</li> <li>• Indagación bibliográfica del tema de investigación.</li> <li>• Preparación del diseño de investigación (objetivos, metodología, técnicas, entre otros)</li> <li>• Preparación del instrumento de recolección de información.</li> <li>• Seguimiento metodológico de la investigación.</li> <li>• Evaluación del proceso preparatorio (profesora guía)</li> </ul>	<b>Recursos humanos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistente Social</li> <li>• Psicólogo</li> <li>• Profesora guía</li> <li>• Seminarista</li> </ul> <b>Recursos materiales e institucionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Institución patrocinante</li> <li>• Material bibliográfico</li> <li>• Computador, impresora y papel de impresión.</li> </ul>	Desde diciembre 2009 hasta el primer Trimestre 2010 del año académico. (marzo, abril, mayo)
<b>TRABAJO DE CAMPO</b> Primer acercamiento y aplicación del instrumento de recolección de información.	<b>Entrada al campo</b> La entrada al campo de investigación se hace mediante las siguientes tareas, las cuales van desde la selección de los sujetos de estudio hasta la aplicación real del instrumento. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección de los sujetos participantes mediante las fichas clínicas del consultorio.</li> <li>• Selección y motivación de los sujetos de estudio para que participen en la investigación. La motivación se hace a través de la citación por teléfono al consultorio, en la cual se hace una entrevista preliminar a cada una de las adolescentes y se motiva para que participen en la entrevista real. Se formaliza mediante un convenio de participación.</li> <li>• Acuerdo respecto a la forma de aplicar (lugar, fecha y hora) el instrumento de recolección de información en conjunto con la adolescente.</li> <li>• Preparación del lugar y recursos técnicos a utilizar.</li> </ul> <b>Trabajo de campo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación del instrumento de recolección de información.</li> </ul>	<b>Recursos humanos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 adolescentes embarazadas para entrevista preliminar de selección.</li> <li>• 7 adolescentes embarazadas para aplicación del instrumento.</li> <li>• Chofer de ambulancia SAPU.</li> <li>• Seminarista</li> <li>• Profesora Guía</li> </ul> <b>Recursos materiales e institucionales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grabadora</li> <li>• Papel</li> <li>• Lápiz</li> <li>• Computador.</li> <li>• Casete</li> <li>• Pilas</li> <li>• Oficina del consultorio</li> <li>• Domicilio de la adolescente</li> </ul>	Segundo trimestre 2010 del año académico. (junio, julio, agosto)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinación en consultorio para la utilización de ambulancia y(o) móvil.</li> <li>• <b>Salida de Campo:</b></li> <li>• Finalización de las entrevistas</li> <li>• Evaluación del proceso de trabajo de campo(profesora guía)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauta de preguntas impresa.</li> <li>• Ambulancia del SAPU</li> </ul>	
<b>ANALITICA</b> Análisis de los datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etapa de transcripción, análisis de los datos y verificación de los resultados. En esta etapa la información recolectada se disponible a un programa de escritura computacional para así organizar la información y analizarla posteriormente.</li> <li>• Se verifican los datos mediante la triangulación de fuentes.</li> <li>• Las conclusiones del estudio permiten la creación de una propuesta programática para ser aplicada por la institución patrocinante de la investigación.</li> <li>• Evaluación del proceso de trabajo de campo(profesora guía)</li> </ul>	<b>Recursos Humanos.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminarista</li> <li>• Fuentes de triangulación (seminarista, psicólogo y asistente social del consultorio)</li> <li>• Profesora Guía</li> </ul> <b>Recursos Materiales e Institucionales.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador, impresora y papel de impresión.</li> <li>• Software para escritura digital.</li> <li>• Oficina del consultorio.</li> </ul>	Agosto-Septiembre 2010
<b>INFORMATIVA</b> Informe sobre las conclusiones del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se presentan los resultados en la institución patrocinante. (copia del seminario de título)</li> <li>• Se entrega la propuesta programática en torno al embarazo adolescente.</li> <li>• Se dan a conocer los resultados y conclusiones a la escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso.</li> </ul>	<b>Recursos Humanos.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicólogo</li> <li>• Asistente social.</li> <li>• Director del consultorio.</li> <li>• Matronas</li> </ul> <b>Recursos Materiales e Institucionales.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Computador, Proyector de diapositivas.</li> <li>• Salón del consultorio</li> <li>• Copia del seminario de título.</li> </ul>	Octubre 2010



*Análisis  
e Interpretación  
de los Datos*

## 1. PRESENTACIÓN

Esta parte de la investigación corresponde al análisis de los datos, lo cual se hace una vez finalizado el diseño de investigación y el plan de análisis.

El presente documento comienza con una descripción de los sujetos de estudio para contextualizar la información y tener una interpretación más pertinente. Se divide en dos partes: la primera se desarrollan las descripciones e interpretaciones de la entrevista sobre percepción de embarazo adolescente y bienestar psicológico y en la segunda parte se realiza el análisis de contenido de las cartas dirigida al hijo(a) de la adolescente.

Teniendo la información recopilada se procede a categorizarla en los siguientes ítems:

- ❖ Significados y Percepciones en torno al Embarazo Adolescente
- ❖ Consecuencias del Embarazo en la Adolescencia
- ❖ Apoyo Social y Familiar en el Embarazo Adolescente
- ❖ Bienestar Psicológico durante el Embarazo Adolescente

Al final del documento se mencionan la Síntesis Diagnóstica, la evaluación de los Criterios de Rigor, y la Prognosis.

## 2. DESCRIPCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

Para contextualizar a las adolescentes embarazadas se describen las principales observaciones; características individuales, entorno familiar, así como también el entorno social de la adolescente. Se especifican además las circunstancias al momento de la entrevista.

Indicativo	Edad	P.E. * <sup>1</sup>	E.A. * <sup>2</sup>	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A1	19 años	3 meses app.	1ro medio	9 de agosto 2010 15:37 hrs.	1	Belloto Sur.

La adolescente está embarazada de 3 meses, y tiene una hija de 3 años, la cual la tuvo a los 15 años. Está junto a su pareja y recibe manutención de este. Respecto a los estudios la adolescente no tiene una constancia y los abandona frecuentemente. Vive con sus padres, los cuales tienen una vida caracterizada por la separación producto de infidelidad, carecen de recursos económicos y viven en una toma de terreno. La vivienda es de material ligero, y presenta hacinamiento. El lugar donde se emplaza la vivienda es un lugar considerado peligroso por el nivel de delincuencia y micro-tráfico. La adolescente tiene el apoyo familiar de sus padres pero no se sus suegros, los cuales han influenciado a la adolescente para que aborte, no así de la pareja.

Indicativo	Edad	P.E. *	E.A. *	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A2	17 años	2 meses app	2do medio	13 de agosto 2010 15:45 hrs.	0	Belloto Sur.

La adolescente tiene 2 meses de embarazo, y se encuentra viviendo con pareja en casa de la suegra. La vivienda no está regularizada y presenta hacinamiento. La adolescente actualmente tiene apoyo de los padres pero en un principio el padre no acepta el embarazo de la adolescente y decide que la adolescente no puede vivir con ellos, la adolescente abandona el hogar familiar y se va a vivir con su pareja y suegra. Actualmente tiene apoyo pero la adolescente desea seguir viviendo con pareja, no obstante regresa al hogar familiar para tener compañía.

Respecto a los estudios la adolescente no asiste periódicamente porque no tiene deseos de ir a clases, tiene síntomas depresivos. Su madre está preocupada por ella, porque quiere que regrese a la casa, y quiere que siga asistiendo a la escuela, lo que la adolescente rechaza. La adolescente desea vivir con su pareja en casa de los padres, lo que estos no permiten.

El lugar donde se emplaza la vivienda es un lugar considerado peligroso por el nivel de delincuencia y micro-tráfico.

Indicativo	Edad	P.E. *	E.A. *	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A3	18 años	6 meses app.	4to medio	17 de agosto 2010 14:02 hrs.	0	Belloto Sur.

La adolescente tiene 6 meses de embarazo, actualmente no está con pareja, no recibe ningún tipo de ayuda de este, porque la abandona al saber la noticia del embarazo. Los padres al saber la noticia del embarazo se frustran indicando a la adolescente que aborte. La ex -pareja tiene antecedentes de drogadicción. La familia carece de recursos económicos, pero ambos padres trabajan. Tienen vivienda regularizada, y la adolescente pernocta en un cuarto ubicado en el patio de la casa acondicionado con material de construcción donado por municipalidad. El lugar donde se emplaza la vivienda es un lugar considerado peligroso por el nivel de delincuencia y micro-tráfico. En fin, la adolescente tiene poco apoyo familiar de tipo económico, lo que tiene que solventar trabajando en la feria, pero no es rentable. A la adolescente le preocupa el futuro de su hijo por esta situación

<sup>1</sup> Periodo de Embarazo

<sup>2</sup> Educación Alcanzada

Indicativo	Edad	P.E. *	E.A.*	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A4	21 años	8 meses app.	4to medio	17 de agosto 2010 15:20 hrs.	0	Belloto Sur.

La adolescente tiene 8 meses aproximadamente, está con pareja y recibe apoyo de este y de la familia. Pero su percepción del embarazo es negativa y tiende a rechazar al bebé en su relato. Ha desarrollado de manera poco adecuada el vínculo maternal, ya que el embarazo es la consecuencia de su malestar actual. Vive con la madre y padrastro. Tiene su dormitorio, pero desea independizarse aunque no se siente preparada aún. El lugar donde se emplaza la vivienda es un lugar considerado peligroso por el nivel de delincuencia y micro-tráfico.

Indicativo	Edad	P.E. *	E.A.*	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A5	21 años	5 meses app.	4to medio	18 de agosto 2010 15:55 hrs.	0	Villa Alemana

La adolescente tiene 5 meses de embarazo, está con pareja la cual trabaja y tienen una vivienda propia. No obstante la adolescente está en casa de los padres (abuelos) porque en su casa está sola. Su infancia está marcada por el abandono de la madre a los 7 años, pero sus abuelos a través de una adopción simple pudieron hacerse responsables del cuidado y protección de ella. La adolescente acepta su embarazo y tiene apoyo familiar, tiene 2 años intentando ser madre, producto que es insulino resistente, lo que la noticia del embarazo fue muy bien recibida por todos.

Indicativo	Edad	P.E. *	E.A.*	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A6	17 años	6 meses app.	3ro medio	02 de septiembre 2010 14:43hrs.	0	Belloto Sur.

La adolescente tiene 6 meses de embarazo y está con pareja. La adolescente no acepta su embarazo el primer mes, tiene deseos e intenta abortar a su hijo(a), siente una fuerte frustración por no poder continuar con el deporte producto del embarazo, además siente incertidumbre por no saber la reacción de sus padres. Al tener apoyo de la familia, de la pareja y de las amigas cambia su percepción del embarazo y actualmente lo acepta y siente una fuerte vinculación con su hijo(a). La adolescente está terminando enseñanza media, asiste solamente a las pruebas, ayuda escolar que se le brinda producto de sus buenas notas. La adolescente vive con los padres, sin embargo, comparten sitio con varios familiares. La casa está regularizada. El lugar donde se emplaza la vivienda es un lugar considerado peligroso por el nivel de delincuencia y micro-tráfico.

Indicativo	Edad	P.E. *	E.A.*	Entrevista/ tiempo	Nº hijos(as)	Lugar de residencia
A7	16 años	5 meses app.	8vo básico	06 de septiembre 2010 15:48 hrs.	0	Belloto Sur.

La adolescente es la más joven de todas las adolescentes estudiadas, tiene 16 años y 5 meses de embarazo, su ex pareja se aleja de ella al saber del embarazo, tiene apoyo familiar. Tiene escolaridad baja, sólo alcanzando el 8vo básico, actualmente. Siente rechazo por su hijo(a) que la limita seguir desempeñándose en sus actividades normales.

### 3. ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA SOBRE PERCEPCIÓN DE EMBARAZO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

#### 3.1. Significados y Percepciones en torno al Embarazo Adolescente

##### 3.1.1. Significado del Embarazo para la adolescente

El embarazo en la adolescencia, por muy positivo que resulte para la adolescente, puede tener repercusiones a nivel médico, social y psicológico, principalmente tanto para ella como para su hijo(a).

Desde la perspectiva de las adolescentes el embarazo puede significar:

*Una satisfacción para la adolescente pero con fuerte rechazo familiar.* El embarazo para la adolescente embarazada puede significar una satisfacción, pero a la vez puede significar un fuerte rechazo para la familia, y en estos casos puede desencadenar la idea de un aborto. No obstante, la familia persigue esta idea no como una obligación, sino como una idea para que la adolescente sea quien lo realice.

*...Pa' mi de estar embarazada a mi me gustó...pero, mi suegra se pusieron en contra mi...me dijeron que abortara...me sentía mal...  
(A1. 19 años. Cuenta de lo que significó su embarazo a los 15 años)*

*Una satisfacción pero a la vez una complicación emocional y física.* Además de una satisfacción, el embarazo en la adolescencia implica una complicación emocional y física. Sin embargo, más allá de lo que pueda resultar el embarazo en la adolescencia, el embarazo generalmente compromete el estado emocional de la madre. Con todo, el estado emocional de la adolescente puede deberse a otros motivos que pueden tener su correlato en los problemas que implican esta situación a nivel individual y familiar.

*...Ha sido complicado pero me gusta (se ríe)...porque yo quería estar embarazada...el estado físicamente de repente me da como rabia porque...de repente estoy muy mal y no puedo levantarme a hacer las cosas, entonces eso como que igual me baja el ánimo...como psicológicamente ¿se podría decir?...que no me dan ganas de hacer nada, no me dan ganas de levantarme, no me dan ganas de bañarme, de ninguna cosa, pero... ha sido una bonita experiencia...(A2. 17 años.  
Describe lo que ha significado su embarazo)*

*Una ambigüedad.* Para la mayoría de las adolescentes estudiadas el embarazo y la noticia de éste conllevan un sentimiento de ambigüedad expresado en alegría y tristeza. Tristeza que es asociada a una responsabilidad que debe asumir la adolescente, ya sea

cuando no tiene el apoyo familiar, o cuando debe dejar atrás una etapa (adolescencia) y convertirse en madre (adulto).

*...Y un día yo llegué del colegio y me hice el test,...y salió positivo y me puse a llorar...no se por qué es, como que sentía una cosquilla en la guata (se ríe) y después mi pololo estaba tiritando y yo también tiritaba nos pusimos a llorar...después al rato nos reímos, yo lloraba y me reía...yo lloraba porque sabía que me tenía que ir de la casa y me ría porque estaba feliz... (A2. 17 años. Relata el momento cuando se entera de su embarazo)*

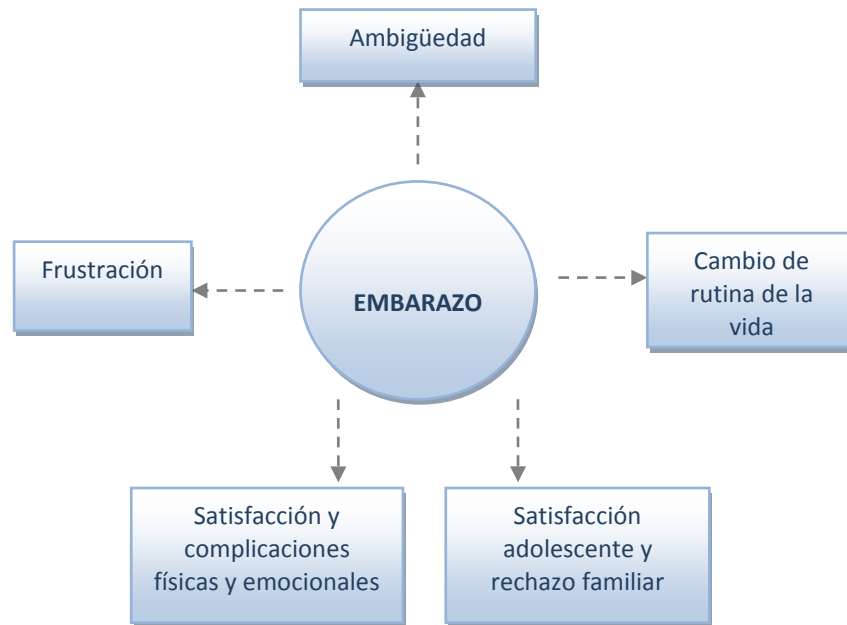
*Un cambio en la rutina de vida.* La adolescente tiene una perspectiva del embarazo en la cual la adolescente debe dejar de hacer algunas actividades que comúnmente realizan las adolescentes; compartir con amistades, salir a eventos sociales, entre otras. No obstante, la adolescente debe saber que dejar las drogas y el excesivo deporte puede ser una actividad a cambiar, pero dejar de compartir con las amigas, o no asistir a eventos sociales no tiene porqué cambiar, mientras esté en condiciones y la matrona no lo haya restringido, la adolescente no debería cambiar su rutina. Esta percepción, un poco negativa de su vida, puede ser resultado de un fuerte rechazo al embarazo.

*...No sé, igual me da lata por algunas cosas que antes...me siento como tonta, enferma porque "ay no hagai esto...no corrai, no hagai fuerza", tengo que estar descansando...yo fumaba antes y ahora no puedo fumar, o de repente mis amigos hacen fiesta y tengo que estar con mi vasito de jugo, me tengo que acostar temprano, y ahora he estado de la casa de mi pololo a acá y nada ma'... (A4. 21 años. La adolescente cuenta cómo era su vida pre-embarazo y las consecuencias que ha tenido el embarazo)*

*Una frustración.* El embarazo en la adolescencia puede ser visto como una frustración, cuando se perciba tanto por la adolescente como por la familia de esta, como un impedimento a lograr el proyecto de vida. Las adolescentes tienen una percepción de su vida en donde el estudio y el trabajo están obstaculizados por el embarazo, y además sienten que sus padres ven en sus actos un fracaso y por esto se frustran; sienten tristeza, preocupación, ansiedad, entre otras.

*...Lo sentí como...no rechazo, preocupación por defraudar a mis papas y por no poder alcanzar lo que yo quería estudiar... (A6. 17 años. Cuenta sobre el significado de su hijo)*

**Diagrama N° 7:** Significados y Percepciones en torno al Embarazo Adolescente



**Fuente:** Elaboración Propia.

### 3.1.2. Embarazo deseado y no deseado

El significado de un hijo(a) para una madre puede estar relacionado con una gran alegría y satisfacción. Pero, generalmente puede ser inesperado o no deseado.

Caracterizar al embarazo adolescente como un acontecimiento no deseado resulta viable a primera vista, pero también azarosa. No obstante, la planificación para el embarazo dista mucho de ser una característica en la adolescencia aún sea el embarazo un acontecimiento deseado.

Las adolescentes embarazadas plantean al embarazo deseado como sinónimo de dos aspectos:

*El embarazo como una satisfacción.* Las adolescentes perciben su embarazo como una satisfacción, ya sea como un deseo previo al embarazo o como una satisfacción que se consigue con el embarazo. Para algunas adolescentes, al principio el embarazo no es satisfactorio, pero al pasar los meses comienzan a aceptarlo y se vuelve una satisfacción para esta.

*...porque yo quería estar embarazada (deseo pre embarazo) y...me gusta lo que siento, me gusta ir a la ecografía toda esas sensaciones... que le pasan a uno... (Satisfacción post embarazo). (A2. 17 años.la adolescente relata sobre su deseo de estar embarazada)*

Respecto a la edad, lo que generalmente sucede es que las adolescentes de menor edad pueden rechazar el embarazo y a medida que aumenta la edad el embarazo puede ser mejor aceptado. Lo curioso es que no siempre ocurre así, y lo que se registra en este

estudio es que en la adolescencia tardía también puede haber un fuerte rechazo al embarazo. (ver A4 en la descripción de los sujetos de estudio)

Por otra parte, el embarazo puede ser una satisfacción desde una respuesta individual; como un deseo propio, o su correlato puede estar en contextos socioculturales. Un embarazo deseado por la adolescente por el hecho de ver a otras adolescentes embarazadas da cuenta de un contexto social en donde el embarazo es visto como algo común.

*...Pa' mí de estar embarazada a mí me gustó, o sea a mí los niños me gustan... igual fue "heavy" porque yo quería...si yo quería, a pesar la edad que tuviera, aunque me decían "tu no soy madura"...es que veía niñas embarazadas con su guagua entonces quería sentir como era la experiencia...(A1. 19 años. Relata acerca de su primer embarazo, a los 15 años)*

*El embarazo como producto del amor de pareja.* El embarazo puede ser producto de la unión de pareja o el sentimiento amoroso que sienta la adolescente hacia su pareja.

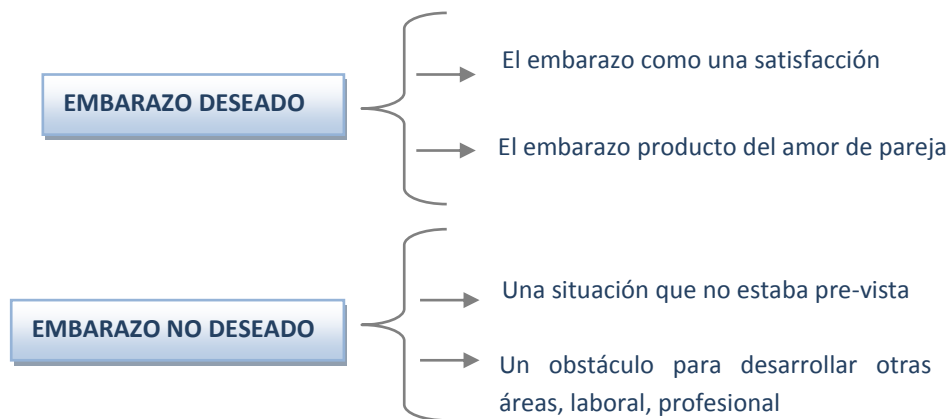
*...Sí...si yo igual quería...yo estaba enamorada de él...mi primer pololo... (A3. 18 años. La adolescente cuenta sobre el deseo de quedar embarazada)*

Por otra parte, las adolescentes mencionan que la decisión de embarazarse forma parte de una planificación familiar; la comunicación dentro de la pareja y el deseo de ser padres, va más allá del deseo de estar embarazada de la persona que uno siente admiración o sentimiento de amoroso.

*...Yo no quise que se siguiera cuidando (se ríe)... porque nosotros habíamos conversado mucho el tema...entonces ya como yo sabía que se iba a quedar conmigo y yo con él...entonces a ¡tirar pa' delante no ma! ... entonces ahí como que ya decidimos y todo a ver si podíamos...nunca me he arrepentido desde que supe hasta el día de hoy...en ningún momento me he arrepentido...( 17 años)*

De cualquier forma, pensar en el embarazo, desearlo sólo por un sentimiento amoroso, o planificarlo sin proveer las consecuencias para ellas, para su familia o para su hijo(a), da cuenta de inmadurez e irresponsabilidad.

**Diagrama N° 8:** Factores del embarazo deseado y no deseado



**Fuente:** Elaboración Propia

Respecto al embarazo inesperado o no deseado, las adolescentes relatan:

*Una situación que no estaba pre-vista.* El embarazo no deseado o inesperado supone una situación imprevista lo que significa un fuerte impacto emocional para la adolescente, esto va acompañado de incertidumbre o miedo ante el futuro.

*...Es que no fue así “voy a quedar embarazada”, fue inesperado...fue fuerte, sentí que todo se derrumbaba, es que igual yo estudiaba modelaje y yo supe sola o sea como le digo a mi mamá...es que yo pa’ mi era como que nadie se enterara, ni siquiera mi pareja... (A7. 16 años. La adolescente señala el embarazo como inesperado)*

*Un obstáculo para desarrollar otras áreas, laboral, profesional.* El embarazo no deseado puede ser un obstáculo para estudiar o trabajar, lo que es visto como una situación que entorpece el proyecto de vida de la adolescente.

*...Si pero no ahora, más adelante quería tener hijo, no tan ahora, o sea más grande, haber sacado una carrera...iba a estudiar yo, o sea tenía pensado estudiar... (A4. 21 años. La adolescente señala su embarazo como no deseado)*

Un elemento a destacar es que las adolescentes ven su futuro truncado por el embarazo y visualizan su proyecto de vida obstaculizado, pero hay casos en que las adolescentes con hijo(as) pueden lograr su proyecto de vida en cuanto a los estudios y al trabajo, aunque no es fácil, el desarrollo de un proyecto de vida basado en los estudios y el trabajo es posible y más expedito cuando la adolescente tiene apoyo familiar o social.

### 3.1.3. Frustración Familiar por Embarazo Adolescente

Los padres cuando tienen un hijo(a) se hacen una serie de expectativas acerca del futuro de ese hijo(a). Pero si estas expectativas son impuestas de manera forzada pueden llegar a perjudicar la relación entre estos. Sin embargo, estas expectativas son normales y se ajustan al contexto sociocultural en la cual se inserten las personas. En nuestro país, los padres en general, esperan que sus hijos(as) estudien alguna carrera, esta idea puede o no ser el proyecto de vida del adolescente, pero está implícito en las expectativas de los padres. Cuando el hijo(a) no logra superar estas metas, los padres sufren una frustración.

Las adolescentes expresan que la reacción de sus padres al momento de enterarse del embarazo puede ir desde la aceptación del embarazo hasta el rechazo de este.

*Aceptación del embarazo pero con leve frustración.* La aceptación del embarazo puede ser caracterizada por una adaptación a las circunstancias pero con resignación por parte de la familia, lo que no excluye el sentimiento de frustración. Por ello, frente al embarazo de la adolescente la familia puede actuar con conformismo pero con una incertidumbre por la vida de la adolescente.

*...Mi mamá me hizo un test, y me salió positivo, entonces mi mamá me miró no ma' así y me dijo "bueno que le vamos hacerle, yo no soy de esas que andi abortando, que te andi poniendo cosas, lo que si te embarraste la vida", yo le dije "no po, porqué me la iba a embarrar, a lo mejor me la retardé pero no me la embarré"... (A1. 19 años. La adolescente señala el momento cuando le da la noticia del embarazo a sus padres)*

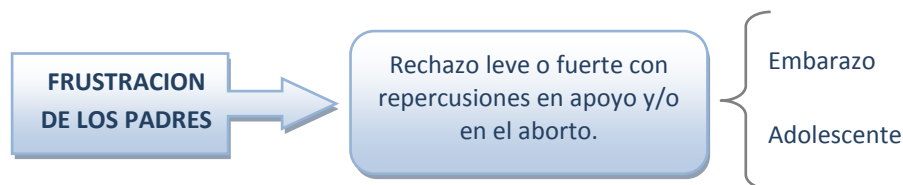
*Frustración de los padres con rechazo a la adolescente.* Otra situación vivida por las adolescentes embarazadas es cuando su familia al enterarse de su embarazo, uno o ambos padres toman la decisión de que la adolescente abandone el hogar familiar, lo que representa una medida de castigo para la adolescente, pero también es una falta de apoyo para la adolescente. En fin la frustración de los padres puede ser tan elevada que sin importar el daño, puede originar actos que afecten la salud mental de la adolescente y sean perjudiciales para el hijo(a) en el futuro.

*...Y yo vi la cara de mi papá...a mi papá se le desfiguró la cara, así como mal, mal, mal...quedó así como en shock..."porque me hiciste esto", porque siempre fui su regalona, él siempre me defendía de todo, y me miró como diciéndome me defraudaste, me decepcionaste, y me dijo..."tení que agarrar tus cosas e irte" y...mi mamá le dijo a mi papá "pero como podí ser tan malo", "no ella cometió el error y se tiene que ir...yo siempre te dije eso, confía en nosotros, cuéntanos", y yo tenía miedo de decirle porque siempre me decían que tenía que tener hijos a la edad de mi mamá... y mi papá me echaba, me decía "no toqui nada"...fue mal muy mal...(A2. 17 años. La adolescente cuenta el momento de cuando le da la noticia del embarazo a sus padres)*

*Frustración y Rechazo al embarazo y la adolescente.* La frustración de los padres puede llegar a ser tan fuerte que pueden surgir estados de agresividad hacia la adolescente, lo que es peligroso para la integridad física de la adolescente y su hijo(a) in útero.

*...Estaba mal se puso a llorar, no quería eso pa' mi, me dijo que era normal en la vida de la mujer pero con la persona que yo estaba no era la más adecuada...después en la tarde cuando llegó mi papá del trabajo mi mamá le contó y ahí el igual se lo tomó a mal...que es más por la persona que va a ser el papá de la guagua...me insultó, que no sé po...fue como la rabia del momento, mi mamá me dijo que me viniera a acostar mejor porque si me veía me podía agredir... (A3. 18 años. La adolescente cuenta la reacción de los padres al momento de dar la noticia del embarazo)*

**Diagrama N° 9:** Frustración de los padres ante el embarazo adolescente



Fuente: Elaboración Propia.

#### 3.1.4. El aborto y sus significados

Cuando el embarazo no forma parte del proyecto de vida y es inesperado para la adolescente, esta puede pensar en el aborto inducido, o intentar abortar.

Las adolescentes pueden tener deseos de abortar por varios motivos, no obstante los que se registran en este estudio corresponden a la corta edad y los problemas que conlleva tener un hijo cuando es insuficiente el recurso económico.

*...Si lo pensé, pero al tiro dije que no, después igual cuando se me venían problema tras problemas así igual pensaba si lo hacía o no, pero no...nunca...son como reacciones del momento, la salida más fácil, pero uno nunca sabe si va a resultar....porque si no resulta son complicaciones para la guagua y va a ser para toda la vida... (A3. 18 años. La adolescente señala su percepción del aborto)*

Una situación que sucede es que aún la adolescente aceptando su embarazo, algún familiar o los propios padres de la adolescente sugieran a ésta el aborto, ya sea porque representa un obstáculo para su proyecto de vida o las circunstancias no son las más adecuadas o esperadas por la familia. En fin esto también es parte de la frustración que siente la familia por tener una hija embarazada. Un estudio indica que los factores familiares que influyen en el aborto provocado son la falta de confianza hacia los padres, que se traduce en que la adolescente no cuenta su condición de embarazo a los padres,

así como una reacción negativa de parte de los padres y de los demás miembros de la familia ante la noticia del embarazo (Calderón y Zamora, 2006)

Lo significativo es que a pasar de la idea de abortar sugerida por terceras personas, las adolescentes enfrentan esta situación apelando con firmeza a la responsabilidad como madre “porque la guagua no tiene la culpa”, están conscientes de las adversidades pero tienen la convicción de salir adelante aun sin el apoyo de sus padres o del padre de su hijo(a).

*...Mis suegros se pusieron en contra mi...me dijeron que abortara...me decían que me iba a embarrar la vida, que recién tenía 15, que tenía que terminar los estudio, yo como que todo eso ¿lo examinaba? ... y como que pucha, igual tienen razón, pa' que voy a tener la guagua si recién tengo 15 puedo abortarla... (A1. 19 años. La adolescente narra acerca de los deseos de abortar cuando tenía 15 años)*

*...Cuando mi mamá se enteró de que yo estaba embarazada lo primero que me dijo fue que me hiciera un aborto, mi papá igual, los dos me dijeron, pero yo les dije que no po, que yo no quería... Pa' mi igual fue fuerte, porque yo no sabia que hacer...pero yo le dije a mi mamá que no lo quería hacer...que iba a salir adelante sola, aunque me costara, porque la guagua no tiene la culpa... Estaba mal se puso a llorar, no quería eso pa' mi, me dijo que era normal en la vida de la mujer pero con la persona que yo estaba no era la más adecuada... (A3. 18 años. La adolescente señala acerca de los deseos de abortar)*

El deseo de la adolescente embarazada por abortar a su hijo(a) puede llevar a ésta a inducir el aborto. El aborto inducido, según la definición de la Organización Mundial de la Salud es el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona, por encargo de ésta.

El golpear o presionar el vientre materno, consumir drogas, hacer ejercicios y a la vez tener conciencia de la existencia de un hijo(a) es un intento de aborto inducido. Según los relatos de las adolescentes, se trata de una conducta individual, sin la intervención de terceros.

Las consecuencias de estos actos, aún cuando no se produzca aborto, resultan lamentables para la adolescente embarazada. Una vez que la adolescente da la noticia a su familia y/o a su pareja y recibe apoyo, o cuando se establece el vínculo materno ahí recién la adolescente razona acerca de sus deseos de abortar y los cataloga como algo estúpido, irresponsable e inmaduro.

*...Yo me hacia todos los días así (bajar el vientre), como pensando si bajaba algo, o fumaba cigarro, salía a carretear, pero no visitar a un médico, pensaba que así naturalmente podía desaparecer... jugábamos a la pelota, hacia elíptica porque encontraba que estaba más pesada, pero yo sabía que estaba embarazada...Pa' mi es una estupidez, porque no tiene la culpa el bebé de las cosas que uno no se cuida, aparte que corren riesgo los dos, entonces pa' mi ahora pensar eso fue tonto porque igual fumaba un cigarro y lo prendía y pensaba y no po...no podía, no podía...entonces fue estúpido lo que pensé, fue tonto, fue cabra chica de mi parte e irresponsable porque corría peligro yo también... (A6. 17 años. La adolescente narra el deseo de abortar y lo que significó para ella tomar esa decisión)*

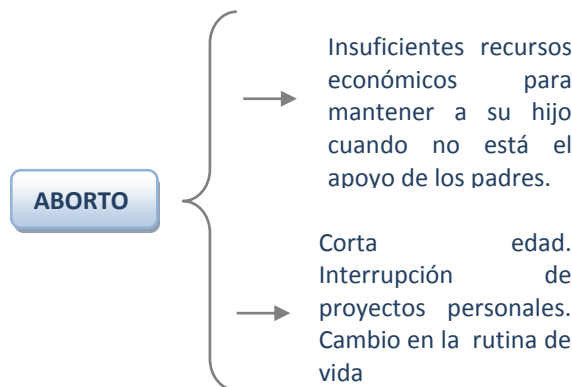
En este sentido, cobran importancia el apoyo y la comprensión familiar; la comunicación o apoyo informacional, los cuales permiten mermer la incertidumbre frente a un proceso desconocido para la adolescente y así dispersar las ideas que conllevan al aborto inducido.

A partir de lo anterior se podría concluir a simple vista, que las adolescentes que no tienen apoyo para enfrentar el embarazo son las que deciden abortar, pero esto no siempre es así. La decisión de abortar tiene varias explicaciones y depende de la visión ético-moral y las circunstancias socio-culturales y psicológicas de la persona, por ejemplo en Chile la práctica del aborto es punitiva y habitualmente se rechaza.

La visión opuesta al aborto se puede distinguir en la mayoría de las narraciones de las adolescentes. Estas mencionan la intervención realizada por los establecimientos educativos para sensibilizar acerca del tema del aborto. Además se refieren a su hijo(a) como un ser con vida, siendo el aborto un asesinato.

*...Es malo...destruyes una vida, ellos no tienen la culpa de que la mamá se haya equivocado...es horrible... (A5. 21 años. La adolescente señala su postura contraria al aborto)*

**Diagrama N° 10:** Causas del deseo de abortar en el embarazo adolescente



**Fuente:** elaboración propia.

### 3.2. Consecuencias del Embarazo

Las consecuencias del embarazo adolescente, desde el punto de vista médico, social y psicológico pueden ser variadas. No obstante, las consecuencias ya sean positivas o negativas que acarrea el embarazo adolescente, desde su punto de vista se relacionan con un cambio.

Este cambio está determinado por una nueva rutina de vida, la de “ser madre”. Lo que implica dejar la etapa adolescente, pues se tiene una responsabilidad y el tiempo se debe invertir en el hijo(a) por lo menos hasta que este ingrese al sistema educativo.

*...Ay... no sé...a ver...es un cambio, o sea yo ya tengo claro que no voy a poder hacer lo que hacia antes o sea mi tiempo lo voy a tener que compartir con esta persona...(se refiere al hijo) (A4. 21 años. La adolescente indica las consecuencias de su embarazo)*

Además, una consecuencia que las adolescentes revelan es el acercamiento hacia su madre, principalmente por el apoyo informacional que ésta brinda; el conocimiento que tiene una madre en el cuidado del embarazo y la maternidad lo traspasa a la adolescente y es acogido positivamente y mejora la relación de la diada madre-hija.

*...Buena, que he aprendido hartas cosas, que ya no peleo tanto con mi mamá y mala, el deporte... (A6. 17 años. La adolescente indica las consecuencias de su embarazo)*

Asimismo los cambios que percibe la adolescente embarazada están determinados por un cambio en la rutina de vida entre el pre y post embarazo. Respecto a esto, se puede inferir que la vida pre-embarazo puede ser positiva o negativa para la adolescente lo que puede tener alguna relación con el deseo de estar embarazada o no. Para algunas adolescentes su vida anterior al embarazo es una vida desorientada, con poco sentido. Acá el embarazo o la vida en pareja sustituyen esa dolencia brindando un sentido a la vida de la adolescente lo que puede ser tremendamente positivo para ella.

*...Era así como súper descarrilara mi vida antes, yo mentía, que no me importaba si mi mamá sabía o no, llegaba tarde, como que no estaba ni ahí con nada...estaba como desorientada, me daba lo mismo todo...con mis amigas salíamos un rato a la plaza o a la playa, pero yo de carrete no me gusta...o sea no es que no me gusta es que nunca me llamó la atención, era más de estar con mi grupo...(A2. 17 años. La adolescente señala su vida pre-embarazo)*

Al contrario, cuando la adolescente se siente satisfecha con su vida anterior, el embarazo puede causar una molestia o insatisfacción. En estas circunstancias, los efectos del embarazo, pueden ser negativos. Por ejemplo, el distanciamiento de las actividades juveniles resulta negativo cuando son importantes para la adolescente. Sin embargo, este

desapego de los pares, no depende sólo del hecho de “ser madre”, por ejemplo las adolescentes con síntomas de depresión tienden a alejarse de sus amigos, lo mismo ocurre con la ausencia de autoestima.

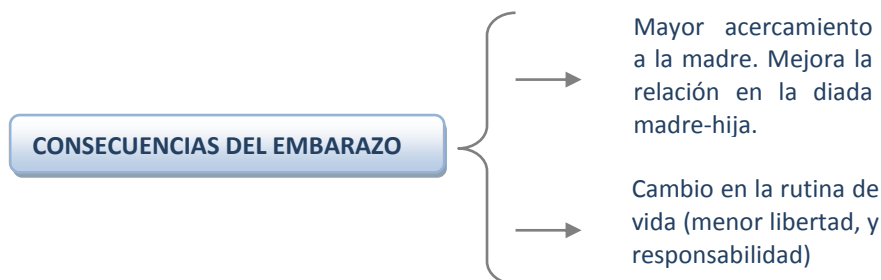
*...Ay, yo estaba trabajando, no tenía trabajo fijo pero temporadas, me gustaba salir harto con mi pareja, él tenía un grupo, íbamos a tocatas, yo lo acompañaba, salíamos los fines de semana...trabajo y carrete...No sé, igual me da lata por algunas cosas que antes...me siento como tonta, enferma porque “ay no hagai esto...no corrai, no hagai fuerza”, tengo que estar descansando...yo fumaba antes y ahora no puedo fumar, o de repente mis amigos hacen fiesta y tengo que estar con mi vasito de jugo, me tengo que acostar temprano, y ahora he estado de la casa de mi pololo a acá y nada ma’... (A4. 21 años. La adolescente hace una comparación entre su vida pre-embarazo y post-embarazo)*

La vida post-embarazo de la adolescente, se refiere a la vida durante el embarazo y está caracterizada por una rutina hogareña, orientada al cuidado del hijo(a).

No obstante, durante el embarazo, las adolescentes embarazadas pierden la constancia de ir al colegio lo que es peligroso, porque pueden desertar del sistema educativo, y es más, las consecuencias a nivel educativo y social por abandonar los estudios son grandes y trascienden a toda la familia de generación en generación. Tenga la adolescente la mejor excusa para no asistir a la escuela, la deserción siempre será originada por el escaso control parental y la ausencia de apoyo familiar o institucional.

*...Últimamente no he ido mucho el colegio... porque no tengo animo de ir al colegio...me siento estoy ahí...en otra onda...ya no soy la misma de antes...estoy ahí...miro al profesor y como que no me enchufo en la clase...estoy como se dice en la “edad del pavo”... (A2. 17 años. La adolescente narra acerca de su vida post-embarazo)*

**Diagrama N° 11:** Consecuencias del embarazo en las adolescentes embarazadas



**Fuente:** Elaboración propia.

### 3.3. Apoyo Social y Familiar en el Embarazo Adolescente

El apoyo social, familiar o de la pareja es altamente positivo para enfrentar el embarazo adolescente, tanto así que un embarazo no deseado puede volverse deseado por el sólo hecho de tener apoyo.

Las adolescentes embarazadas necesitan tanto o más apoyo familiar que una adulta embarazada, principalmente porque sienten incertidumbre de su futuro al no tener las herramientas necesarias para subsistir de manera autónoma con su hijo(a), es por esto que el apoyo emocional, material e informacional se transforman en los ejes importantes a intervenir cuando estos se encuentran ausentes.

Cuando a las adolescentes se les pide que mencionen quienes son su apoyo fundamental durante el embarazo y porqué, estas indican tanto a sus padres como a su pareja. Al respecto es necesario sistematizar estas ideas:

Las adolescentes perciben a sus padres como el apoyo más significativo, aún tengan el apoyo de su pareja.

*...Mis papas...siempre mis papas, o sea mi familia en general. Todo o sea, en una palabra todo... Porque con ellos me sentí apoyada... (A1. 19 años. La adolescente señala el significado que tiene el apoyo familiar)*

El apoyo informacional está dado por la madre de la adolescente, la cual ayuda en los procesos del embarazo y parto en cuanto al conocimiento y la experiencia lo que disminuye el miedo y la incertidumbre.

*...No nunca sentí miedo, porque mi mamá me hablaba, me decía que la mujer embarazada, que las contracciones como iban a ser, qué me iba a pasar, qué me iban a hacer...todo eso...(A1. 19 años. La adolescente señala el apoyo informacional brindado por su madre)*

*...Mi mamá, ella anda pa' todos lados conmigo, me aconseja del embarazo...No sé si me va a doler o no, me da miedo como voy a reaccionar con el dolor...igual ya tuve una charla del hospital y me explicaron de la anestesia y eso...igual me alivió un poco...son varias charlas la primera era como para reconocer el lugar donde voy a tener la niña... (A4. 21 años. La adolescente señala el apoyo informacional como de servicios de parte de su madre y del hospital)*

Además la información, referente al proceso de embarazo y parto dado en el sistema de salud también significa un apoyo para la adolescente embarazada, mitigando la incertidumbre y fortaleciendo el apego maternal.

Cuando la adolescente supera la mayoría de edad y tiene una pareja, éste se convierte en el apoyo fundamental, lo que se relaciona con la normal autonomía que se va adquiriendo en la adolescencia tardía. Contrario es el caso de las adolescentes menores de

18 años, las cuales a pesar de tener todo el apoyo de la pareja, aún hayan abandonado el hogar familiar, siguen sintiendo una dependencia. Es importante que los padres, a pesar de sus normas y límites establecidos al interior de la familia, opten por acompañar a la adolescente durante su embarazo, porque el hecho de que se encuentre embarazada no significa que haya madurado y esté preparada para la vida autónoma e independiente. Al contrario, sigue siendo una adolescente, pero con un hijo(a).

La adolescente embarazada cuando tiene más hijos, pero no tienen los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades propias y la de sus hijos, los padres pueden brindar el apoyo material, siendo un soporte significativo para la adolescente.

*...Ahora bien, súper bien, porque mis papas me han dado todo el apoyo, siempre me dicen, tus papas hubieran sido otros, más que mayor de edad te hubiesen echado con dos hijos, pero no po, estoy aquí con mis papas, mi papa me dijo que me iba a apoyar en todo, a mi hija la quiere ver caleta, así mucho y...eso...por el apoyo de mis papas me siento bien... (A1. 19 años. La adolescente interpreta su felicidad a partir del apoyo familiar)*

Generalmente, los hijos(as) están al cuidado de la madre de la adolescente, transformándose la abuela en una especie de madre. El problema sucede cuando el vínculo maternal entre la adolescente y su hijo(a) no se desarrolla, debido a que escasamente puede ejercer su rol maternal.

El cuidado y protección del hijo(a) ejercida por la abuela o abuelo, es positivo para la adolescente, ya que se está proporcionando un gran apoyo.

*...Mi mamá me tenía que hacer todo, con mi hija iba para el consultorio, mi mamá hablaba, ahora mi mamá me dejó ser yo... ser mamá, porque ella me a criado a mi hija de chiquitita...yo siempre he dicho a mi no me faltado quien vea a mi hija...y ella le dice mamá a mi mamá también...entonces dice que yo soy la hermana, como nada que decir de ella...igual que cuando esta mi papá a mi hija no le pueden hacer nada, no puede ni llorar...es como todo pa' mi papa y mi mamá...(A1. 19 años. La adolescente narra acerca del apoyo brindado por su madre al tener el cuidado de su hija de tres años.)*

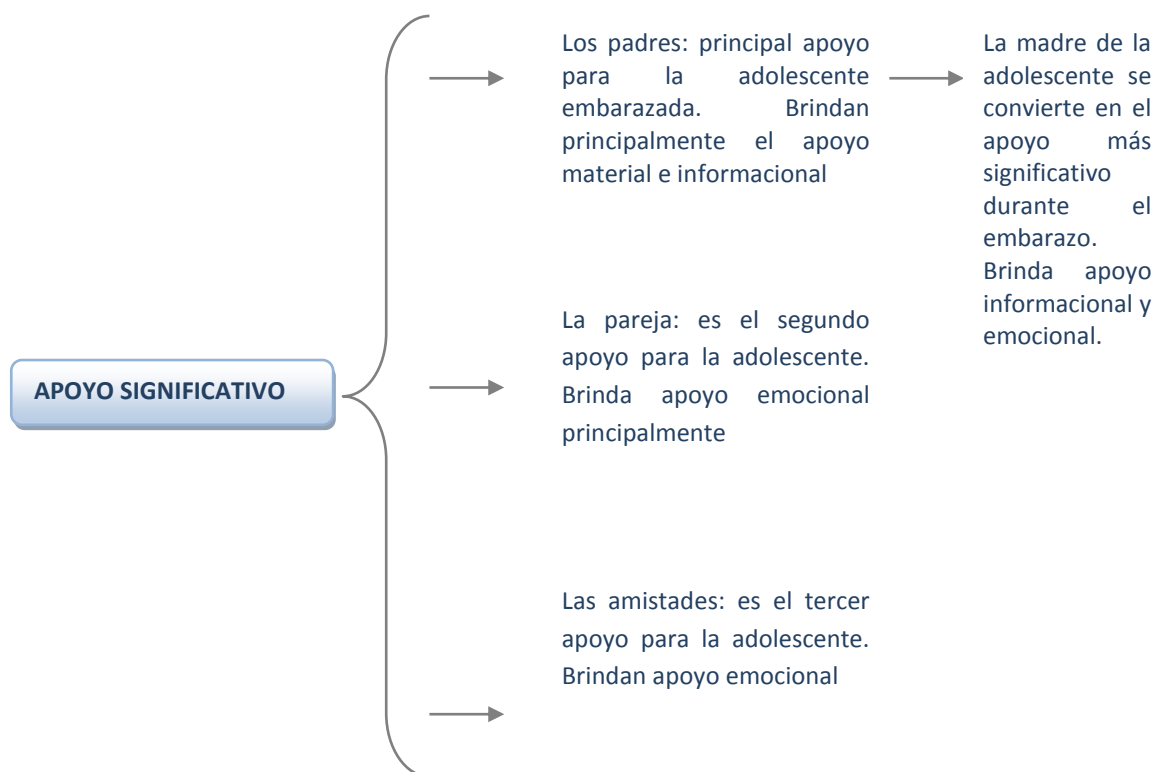
Además, del apoyo material brindado por los padres de la adolescente embarazada, la pareja juega un rol importante en la satisfacción de necesidades de acompañamiento y comprensión, siendo el apoyo emocional más importante.

Asimismo las amistades son un factor importante a la hora de acompañar a la adolescente, estas pueden ofrecer ayuda material y emocional.

*...Con mi pareja estamos súper bien, el me ayuda harto cuando estoy así, me lleva para otro lado como para despejarme y como él trabaja y ésta semana ha llegado muy tarde como que trato de aprovechar harto el tiempo que estoy con él pa' yo despejarme... (A2. 17 años. La adolescente señala el apoyo de la pareja)*

*...Aunque ahora no vienen mucho porque están estudiando y pololeando, pero me llaman bien seguido, me preguntaban cosas, me ayudaron en mi babyshower, me regalan cosas... (A6. 21 años. La adolescente indica el apoyo de las amistades recibido durante el embarazo)*

**Diagrama Nº 12:** Apoyo social familiar de la adolescente embarazada



**Fuente:** Elaboración Propia.

Cuando la adolescente y su pareja desean un hijo(a) y lo incorporan a su proyecto de vida, el proceso del embarazo y la vinculación maternal se torna más viable.

*...Es que lo que pasa que nosotros fuimos amigos de hace años y empezamos a pololear...y un día hablamos de hijos pero yo le dije que no tendría hijos todavía y él dijo que si que estaba súper enamorado de mi y que no me iba a dejar sola... (A6. 17 años. La adolescente señala el apoyo de la pareja)*

En ciertos casos la relación de pareja puede mejorar con el embarazo, sin embargo la llegada de un hijo(a) no garantiza que la relación perdure en el tiempo. A veces el padre se siente con la responsabilidad de brindar a su hijo(a) el cuidado y protección, lo que no representa necesariamente un compromiso con la pareja.

*...Pero después empezamos a conocernos los genios las mañan y empezamos a chocar un poco, terminamos una vez porque paliábamos mucho, no llegábamos nunca a un acuerdo...pasaron como seis meses, volvimos y yo quedé embarazada, pero como siempre pensamos en la guagüita se arregló todo... (A4. 21 años. La adolescente narra acerca de su relación de pareja)*

Durante el embarazo, en ocasiones la pareja decide apartarse de la adolescente, lo que puede estar determinado por varias razones. Sin embargo, la adolescente puede aceptar el embarazo, es decir, el rechazo del embarazo no tiene directa relación con el término de la relación de pareja. Pero en algunos casos, en que la adolescente no está enamorada de su pareja o ex pareja, el embarazo se torna sin sentido y el vínculo con el hijo(a) puede estar ausente.

*...El dijo ah ya...así como será, como algo así... igual es fuerte porque yo lo veo que no está ahí, como bien a lo lejos... por eso es como más fuerte estar embarazada sin ni siquiera sentir algo por él, es más raro, pero no por eso no voy a querer al bebé...si ella no tiene la culpa... (A7. 16 años. La adolescente señala el momento cuando su ex pareja se entera del embarazo, no mostrando interés)*

De todas formas, el término de la relación de pareja no implica dejar de asumir la responsabilidad que le compete al padre. Por lo tanto, no responsabilizarse de un hijo(a) siempre va ser un acto negativo tanto para la madre y sobre todo para su hijo(a).

*...cuando yo andaba con mi pareja estaba todo bien y un tiempo, nos veíamos a escondidas, así sin comunicación, y después yo me enteré que estaba formalizado con otra niña y me dijo que se iba a ser cargo (del embarazo) y al día siguiente me dijo que no porque según él el hijo no era de él...(A3.18 años. La adolescente señala el momento cuando su ex pareja se entera del embarazo, negando ser el padre)*

La adolescente embarazada puede tener la errónea percepción de que el padre no tiene responsabilidad en el embarazo y por su condición de embarazo es ella la que está sujeta a su hijo(a), lo que es obvio, pero no debe confundir que un padre también tiene responsabilidad en el embarazo y es importante que se establezca un vínculo paternal.

*...Yo le he dicho a mi pololo de que él queda libre, y yo no...yo soy la que está embarazada, porque tu soy el papá no ma, y si sigo estando contigo es porque confío en tí...pero si...yo saldría adelante, porque en realidad si yo lo quise, si yo lo quería nadie va a ser un obstáculo... pero ayuda si igual tendría y si no es de mis papas, sería de otras personas, hartas personas me quiere...(A2. 17 años. La adolescente señala desvaloriza la importancia que tiene el padre en el embarazo)*

Lo significativo es que a pesar de los problemas que hayan entre la pareja, el hijo(a) nacido en ausencia del padre, siempre tenga una crianza basada en la verdad sobre su identidad.

*...A mi hijo nunca le voy a negar quien es su papá, si él lo quiere ver lo voy a llevar, porque mejor que él se de cuenta de la persona que es... (A3. 18 años. La adolescente se refiere a la relación con su ex pareja)*

### 3.4. Bienestar Psicológico durante el Embarazo Adolescente

#### 3.4.1. Satisfacción con la vida

El significado de la felicidad o satisfacción con la vida para las adolescentes embarazadas está orientado generalmente hacia la familia y al hijo(a). Según el relato de la adolescente se pueden sistematizar las siguientes ideas:

*Satisfacción asociada a la familia.* Las adolescentes embarazadas sienten satisfacción cuando están acompañadas por su familia y/o pareja, siendo esta compañía lo principal en sus vidas. Las expresiones de cariño al interior de la familia también proporcionan felicidad a la adolescente embarazada.

*...Pucha tenerlo todo, estar con mis papas, con mi pololo con mi hija, verla todos los días, o que me diga mamá te amo, así eso pa' mi es estar feliz... (A1. 19 años. La adolescente señala el significado de felicidad)*

*...Que todo estén bien, mi familia, estar con mi pareja...cuando estoy con él estoy feliz no me gusta estar sola, cuando terminamos me sentí súper mal, no me sentía feliz, pero cuando tenga a mi bebé en los brazos yo creo que ahí voy a ser tremendamente feliz... (A4. 21 años. La adolescente señala el significado de felicidad)*

*...Que mi familia esté bien, que no haya problema...a veces no tanto estar bien yo sino los que me rodean...ver bien a los demás, yo no tengo problemas así pa' achacarme, tengo problemas cuando veo a los demás mal...(A6. 17 años. La adolescente señala el significado de felicidad)*

Asimismo, la Satisfacción con la vida puede estar determinada por el apoyo familiar entregado a la adolescente embarazada.

*...Ahora bien, súper bien, porque mis papas me han dado todo el apoyo, siempre me dicen, tus papas hubieran sido otros, te hubiesen echado con dos hijos...eso...por el apoyo de mis papas me siento bien... (A1. 19 años. La adolescente señala el significado de felicidad asociado al apoyo familiar)*

*...Saber que tengo el apoyo de todos, eso, de mi familia, porque eso es lo más importante porque el resto no me interesa, entonces eso es lo que más considero importante y feliz... (A7. 16 años. La adolescente señala el significado de felicidad asociado al apoyo familiar)*

*Satisfacción asociada al hijo(a) como una satisfacción plena que brinda sentido a la vida.* En ocasiones la adolescente embarazada relaciona la felicidad con su hijo(a), lo que le otorga un sentido a la vida.

*...ahora que estoy embarazada me siento así como completa, como que por fin estoy haciendo algo por mi vida, como que tenía todo en torno a mi pareja, que cuando me distancié definitivamente de él mi hijo me hace feliz, es como...una sensación rica que voy a estar con él todos los días, enseñarle, cuidarle...me llena harto y saber que todo lo que haga va a ser beneficio para él... (A3. 18 años. La adolescente indica que el embarazo es sinónimo de felicidad)*

En la mayoría de las adolescentes embarazadas, escuchar los latidos de su hijo(a) significa un momento de gran felicidad, y generalmente, cuando el embarazo no es aceptado, tras haber escuchado los latidos o ver a su hijo en las ecografías, la adolescente comienza a aceptar el embarazo, lo que es tremendamente positivo en el desarrollo del vínculo materno.

*...Cuando sentí los latidos la primera vez, o cuando me voy a acostar y se empieza a mover...es rico sentirla, es rica esa sensación... (A4. 21 años. La adolescente señala la felicidad que sintió tras escuchar a su hija)*

*...Pero cuando nazca mi hijo yo creo que eso va a ser lo más lindo porque cuando me enteré de que estaba embarazada no fue muy lindo... (A6. 17 años. La adolescente señala la felicidad asociada al nacimiento de su hijo)*

El malestar de la adolescente embarazada está relacionado con:

*Los problemas familiares en los que está incluida la adolescente y su embarazo.* Aquellos problemas que acaecieron al momento de dar la noticia del embarazo a los padres, representan para la adolescente un malestar que puede estar relacionada con la falta de apoyo familiar.

*...Los problemas que hubieron más que nada...con mis papas...como reaccionó mi papá...son cosas chicas pero que a mi me afectaron mucho, que él me dijera que no lo saludara...yo creo que eso fue lo más mal pa mi...y mi hermano que me decía "¿cuando vas a volver a la casa, donde estoy, porque estoy allá?"...y yo lo echaba de menos porque estaba acostumbrada a dormir con él, y él lloraba casi todas las noches...entonces como le explico a él lo que me pasó... (A2. 17 años. La adolescente señala la frustración sufrida por sus padres al momento de dar la noticia del embarazo)*

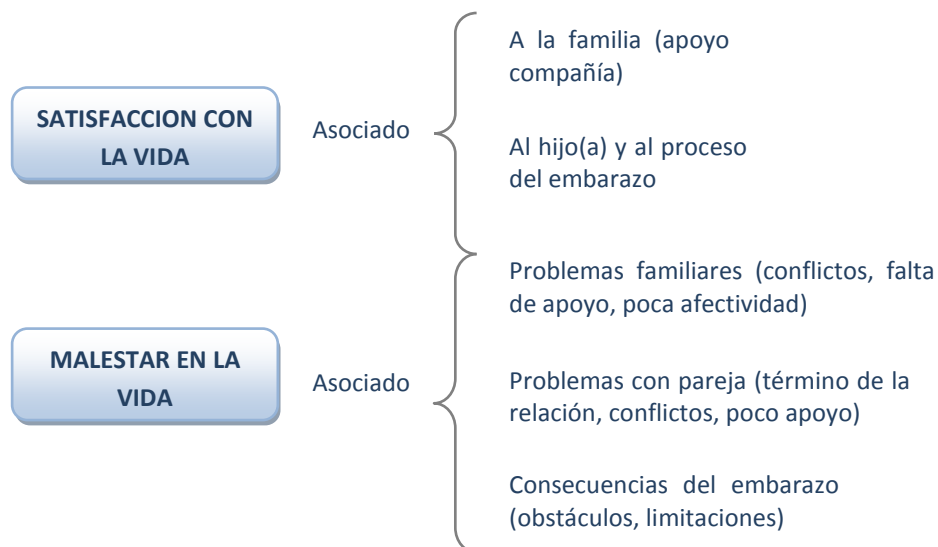
*Los problemas de pareja.* Principalmente el término de la relación, a causa del embarazo es otro de los momentos que menoscaban el bienestar de la adolescente, pues conlleva una gran desilusión enfrentar su embarazo en ausencia de la pareja.

*...Cuando...mi ex pareja me dijo que esa guagua no era de él... fue como que me desilusionó como que caí al piso...y tengo que luchar sola... (A3. 18 años. La adolescente narra las emociones que sintió cuando su ex pareja negó ser el padre de su hijo)*

*Las consecuencias que trae el embarazo respecto al cambio de vida de la adolescente.* También significan un malestar ya que la adolescente percibe el embarazo como un obstáculo que le impide satisfacer las necesidades propias de su edad, en lo que se refiere al entorno escolar y las actividades sociales, entre otras.

*...El tener que dejar antes el colegio, porque salen todos en noviembre y en octubre es la semana del colegio, los paseos y no voy a poder hacer eso... (A6. 17 años. La adolescente expresa su malestar al no poder asistir a los eventos extra escolares)*

**Diagrama N° 13:** Satisfacción y malestar durante el embarazo adolescente



**Fuente:** Elaboración Propia

### 3.4.2. Autoestima

La autoestima, en términos generales se refiere a las creencias que se tienen acerca de uno mismo; cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que conforman nuestra la imagen personal.

Las adolescentes embarazadas realizan una valoración de su vida que puede ser negativa o positiva. En lo que respecta a una descripción negativa se puede inferir que la adolescente, desde su propio punto de vista, menciona aspectos negativos dejando los positivos en un segundo plano según prioridad.

*...Creo que sé más las cosas que no me gustan de mí a las que me gustan más... (A2.17 años. La adolescente describe sus cualidades positivas)*

En ciertos casos la adolescente puede encontrar aspectos negativos de sí misma de manera exagerada o sobre generalizada perdiendo el contexto de la situación. Por ejemplo cuando la adolescente siente que su problema es una excesiva confianza en los demás y omite que los demás pueden ser los que la traicionan.

*...Soy una persona muy confiá...confío mucho en la gente, yo pienso que esa es una debilidad mía porque confío demasiado en las personas y después cuando me pasan cosas sufro mucho, me desilusiono demasiado, no se pero me pasan siempre...lo que me digan yo creo mucho, puede ser que sea mentira pero igual yo creo... (A3.18 años. La adolescente realiza una descripción de si misma)*

El hecho de perder las amistades atribuyéndolo a un problema personal también puede significar una autoestima inadecuada.

*...tenia una mejor amiga y caleta de amigos y los fui perdiendo de a poco, por como era yo...porque empecé a hacer cosas que a ellos no les gustaba, ellos me decían "sale de esto" y yo no estoy ni ahí, y así los fui perdiendo de a poco, pa' mi yo tengo conocidos...(A2. 17 años. La adolescente expresa su relación con las amistades)*

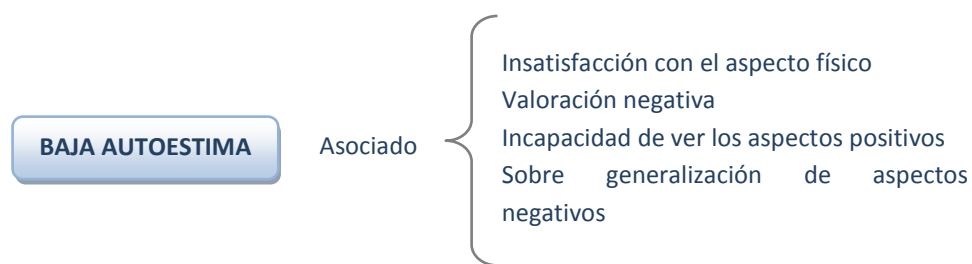
Cuando se pregunta a las adolescentes embarazadas por sus cualidades negativas, puede que mencionen aspectos negativos que otros han encontrado en ellas e interioricen esas cualidades aunque no las tengan.

*...Lo dura que soy... me cuesta un montón perdonar a una persona, mi pololo por ejemplo igual ha hecho cosas malas...y yo jno no!... me dice "pero negra no sea tan dura, o sea siente lo que te dice tu corazón... (A1. 19 años. La adolescente describe sus cualidades negativas)*

La satisfacción con el físico también es un factor importante en la imagen personal de la adolescente embarazada. Cuando se indaga sobre si está a gusto con su cuerpo, algunas no se sienten satisfechas, encontrándose con sobrepeso, lo que influye negativamente en su valoración.

*...No...no...o sea, hace un mes atrás si porque no me habían salido estrías y no me había dado cuenta de cómo engorde...me miré al espejo y me encontraba gorda...me da miedo no poder tener el cuerpo de antes, no poder perder el peso después, porque hay personas que quedan gordas no pueden perder peso... (A4. 21 años. La adolescente expresa su insatisfacción con su físico)*

**Diagrama N° 14:** Características de la autoestima durante el embarazo adolescente



**Fuente:** Elaboración Propia.

### 3.4.3. Vínculos Sociales

Se refiere a aquellos vínculos sociales basados en la amistad y en el significado que representa para la adolescente embarazada.

Para las adolescentes embarazadas la amistad puede ser considerada positiva en términos de la confianza y apoyo, o tener un significado negativo, siendo los conceptos como desconfianza, ausencia de compañerismo y/o ausencia de apoyo sinónimos de esto.

Para algunas adolescentes embarazadas, los vínculos sociales sufren un estancamiento durante el embarazo. Por una razón natural las embarazadas dedican el tiempo a desarrollar actividades que la involucren a ella y a su hijo(a). Estas tareas que ayudan a la vinculación maternal, hacen que la adolescente se torne menos sociable, siendo un factor negativo para el círculo social más cercano a la adolescente, y aumentando la probabilidad de que las relaciones de amistad terminen.

*...Es que la mayoría de mis amigas de colegio están estudiando así que no las veo de hace tiempo...ellas tienen otra rutina de vida...Tengo dos que son mis mejores amigas, pero no las he visto mucho, no las veo desde que salimos del colegio... (A2. 18 años. La adolescente describe su relación de amistad)*

La amistad debe ser bidireccional, es decir “dar y recibir”. Si en una relación de amistad una persona demuestra su cariño, apoyo, confianza y la otra persona no lo hace, la relación de amistad resulta perjudicada. Cuando la adolescente embarazada ha tenido malas experiencias en la amistad puede llegar a tener una percepción negativa sobre esta.

*...Amistad....o sea con mis amigas la amistad hay que saber darla... y las personas, o sea y las personas... a ver como lo explico... saber buscar la amistad, porque hay personas que quieren toda la amistad y después le dan la espalda...Entonces la amistad hay que saber darla y saber elegirla, derrepente uno siente cuando la persona es mala, o tiene malos pensamientos, entonces uno cachea... (A1. 19 años. La adolescente describe su relación de amistad)*

*...eh...en realidad...en estos momentos nada, porque tenia una mejor amiga y caleta de amigos y los fui perdiendo de a poco, por como era yo...porque empecé a hacer cosas que a ellos no les gustaba, ellos me decían “sale de esto” y yo no estoy ni ahí, y así los fui perdiendo de a poco, pa’ mi yo tengo conocidos...ahora yo no tengo amigos, a ninguna persona considero mi amigo, si ellos me consideran, bien, yo no...estuve mal, mal pero mal por amistades... (A2. 17 años. La adolescente describe el significado de amistad)*

Para algunas adolescentes los vínculos sociales son positivos y trascendentales hasta el punto que pueden influir en la vida de la adolescente. Esto se debe tener en cuenta a la hora del embarazo, ya que las amistades pueden ver el embarazo un factor negativo y la adolescente puede optar esta postura también.

*...Significa...harto, el apoyo de mis amigas, o sea al principio una de mis amigas estaba enojada, porque ella siempre me decía cuidate y cuando se enteró de que estaba embarazada se enojó, “soy tonta...perdiste tu libertad, ahora vai a tener que estar en la casa cuidando guagua”... (A4. 21 años. La adolescente señala el significado de la amistad)*

Los vínculos sociales pueden llegar a ser tan importante como la familia. La adolescente puede ubicar a las amistades en la misma posición que a la familia, aunque hace una diferencia, las amistades pueden traicionar pero la familia no.

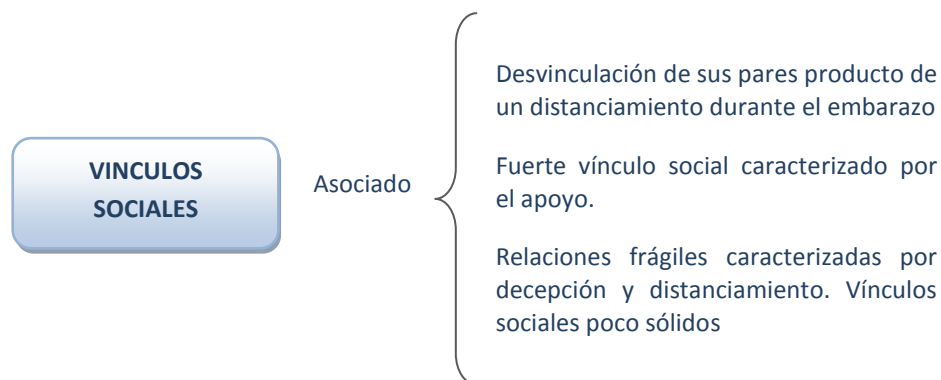
Ubicar a las amistades en la misma posición que la familia es un factor generalizable a todo adolescente, ya que al adquirir autonomía los adolescentes se alejan cada vez mas de su entorno familiar para dedicar más tiempo a sus amigos. Los padres, al respecto, deben aceptar este alejamiento de los adolescentes, porque es importante para desarrollar su adultez. No obstante, deben ser cuidadosos y vigilar a los adolescentes, porque las amistades pueden ser poderosamente influyentes hasta en aspectos negativos.

*...Es importante pa’ mí como la familia...la ubico en la misma importancia, pero las amistades te pueden fallar, te pueden traicionar, a mí me han tocado buenas amistades... (A6. 17 años. La adolescente señala el significado de la amistad)*

En fin, la situación más común es que para las adolescentes embarazadas, la amistad significa tener personas de confianza y que te proporcionen apoyo; un apoyo distinto al que proporciona la familia.

*...Tener personas en que confiar, contarle cosas, que te den consejos, sentir el apoyo, no es lo mismo que la mamá porque un amigo te da otra perspectiva de las cosas... (A3. 18 años. La adolescente expresa sobre el significado de amistad)*

**Diagrama N° 15:** Características de los vínculos sociales de la adolescente embarazada



**Fuente:** Elaboración propia.

#### 3.4.4. Proyecto de Vida

El proyecto de vida se refiere a una idea formada sobre lo que en el futuro se piensa lograr teniendo presente la vida actual. Al preguntar a las adolescentes embarazadas acerca del proyecto de vida, estas responden:

*Proyecto de vida ligado a la continuación de los estudios.* Las adolescentes embarazadas sienten la necesidad de continuar sus estudios, una vez que su hijo(a) nazca. No obstante, algunas adolescentes abandonan los estudios producto del embarazo. De todas formas, es positivo que la adolescente mencione los estudios como parte de su proyecto de vida. Pero más importante aún, es que este proyecto se logre en el transcurso del tiempo. Sin embargo, el apoyo de la familia es relevante para la viabilidad del proyecto de vida.

*...Eh...bueno él tiene que encontrar trabajo, juntar plata, y cuando la niña esté más grande quiero estudiar, trabajar, igual suena como así, pero yo conozco varios caso de niñas que estudian y trabajan... (A4. 21 años. La adolescente menciona su proyecto de vida)*

Sobre este mismo tema, es rescatable que la adolescente embarazada exprese que los proyectos de vida ligados al estudio no son imposibles de realizar, se pueden lograr ya que el embarazo no limita estudiar, y hoy en día existen instituciones como sala cuna y jardines infantiles, y además los establecimiento educacionales cuentan con horarios especiales, que facilitan a los padres el desempeño de sus actividades de estudio o trabajo.

*Proyecto de vida asociado a la formación de familia.* La adolescente embarazada siente la necesidad de formar una familia cuando tienen el apoyo de la pareja. Esto resulta positivo para el hijo(a), ya que nacer en un entorno biparental proporciona a los hijos(as) una visión más funcional de la familia.

*...irme a vivir con mi pololo, o sea porque igual no queremos vivir siempre con nuestros papas, queremos vivir solos, o sea, si nos falta algo nosotros ver como lo compramos, no pedirles a nuestros papas... (A1.19 años. La adolescente menciona su proyecto de vida asociado a la formación de familia)*

*Proyecto de vida incorporando a su hijo(a).* Las adolescentes, al incorporar a su hijo(a) en su proyecto de vida estiman que es necesario el apoyo familiar e institucional (sala cuna y/o jardín). Dependiendo del apoyo familiar que tenga la adolescente embarazada ésta pueda delegar el cuidado del hijo(a) a sus padres, aunque no siempre esto es posible y la adolescente debe acudir a otras instancias para el cuidado y protección de su hijo(a).

*...o sea igual va a ser más duro porque voy a tener que dejar a cargo el bebé con mi mamá y si no es mi mamá en el jardín, igual no lo voy a ver mucho pero va a ser por el bien de él...(A3. 18 años. La adolescente hace una descripción de su proyecto de vida)*

*...Es que yo pienso estudiar bien temprano porque mi mamá me dijo que me iba a ver mi bebé, pero yo no pienso en ir a la universidad e ir a carretear, meterme a deporte no, estudiar y llegara a la casa al tiro, como que todo lo que hago será por él... (A6. 17 años. La adolescente hace una descripción de su proyecto de vida)*

Al preguntar a las adolescentes embarazadas si el proyecto de vida actual es el mismo de antes (pre-embarazo), la mayoría responde que sí, pero en algunas el embarazo no estaba considerado en una edad tan temprana.

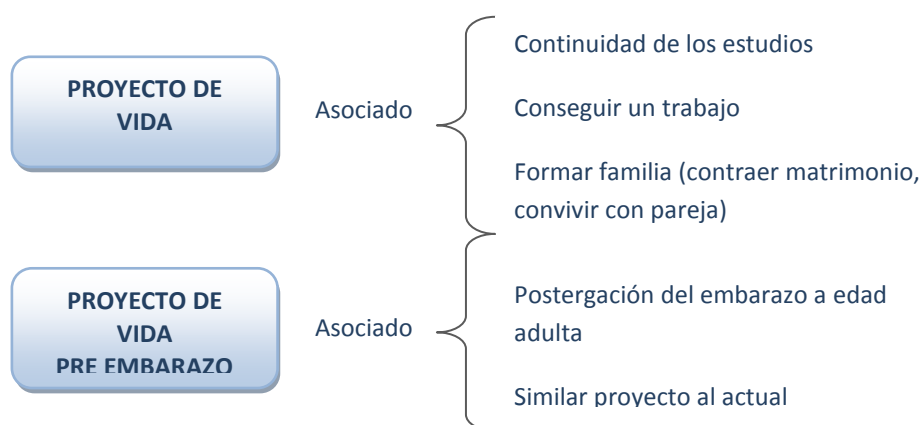
*...Mi idea de tener guagua era tener a los 28 o de 25 pa' arriba... (A4. 21 años. Proyecto de vida pre-embarazo)*

*...Sacar mi cuarto medio, estudiar, tener mi casa y ahí recién formar una familia... (A7. 16 años. Proyecto de vida pre-embarazo)*

Además es considerable destacar que el proyecto de vida para la adolescente embarazada, en algunos casos, es retomado una vez que el embarazo es aceptado y el apoyo familiar es esencial en este.

*Son los mismos que pensé que no podía, pero ahora que estoy embarazada me encuentro que estoy más inteligente... (A6. 17 años. La adolescente señala su proyecto de vida pre-embarazo)*

**Diagrama N° 16:** Proyectos de vida de la adolescente embarazada



**Fuente:** Elaboración Propia

### 3.4.5. Autonomía

Una persona cuando es autónoma está preparada para vivir como un sujeto independiente y tiene la capacidad de decidir y actuar por sí mismo. La tarea del adolescente consiste en buscar progresivamente su autonomía, respecto a sus padres. El embarazo en la adolescencia puede ayudar a desarrollar esta autonomía, ya que la adolescente puede sentir una responsabilidad y la necesidad de independizarse sin la ayuda de otros, pero a la vez puede significar un retroceso en su independencia, pues necesita de sus padres para el cuidado de su hijo(a) volviéndose más dependiente a estos.

Para las adolescentes embarazadas no está desarrollada una completa autonomía, ya que si bien han tomado decisiones sin la ayuda de sus padres, dependen de estos en muchos aspectos de la vida diaria. Por ejemplo, las adolescentes tienen un apego emocional tan fuerte con su familia de origen, que aún viviendo con sus parejas pasan la mayor parte del día junto a su madre.

Sobre este último punto, las adolescentes que han tomado la decisión de vivir sin los padres, narran lo que ha significado y comparan su vida actual con la de sus padres.

*...Pienso que es buena, porque me ha hecho aterrizar bien, porque ahora no podí tirarte de las mechas y no hacer nada en la casa, no puedo quedarme acostada todo el día, porque no hay nadie que me haga las cosas, después no voy a poder quedarme acostada sabiendo que mi guagua va a estar llorando todo el día... (A2.17 años. la adolescente narra sobre lo que ha significado su independencia, tras abandonar el hogar familiar)*

Para las adolescentes embarazadas la autonomía emocional, es decir desvincularse del apoyo emocional de sus padres, es la tarea más difícil de lograr. Las adolescentes embarazadas, a pesar de tener mayoría de edad, de tener una pareja y un hijo(a) que pronto nacerá, les cuesta ver su vida independiente de sus padres.

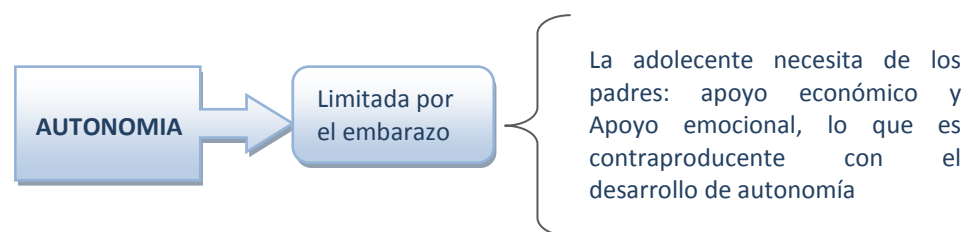
Para algunas adolescentes, la independencia es un factor clave en su vida; tienen conciencia de que pronto deben independizarse, pero sienten, por un lado, incertidumbre y miedo respecto a su futuro, en ausencia de sus padres. Por otro lado, estiman que su futuro se complica económica y emocionalmente sin el apoyo familiar.

*...No, si igual yo quiero independizarme, no quiero vivir toda la vida acá con mi familia, igual cuesta mucho, porque igual el apoyo de la familia es fundamental por el apoyo sentimental y económico porque te pueden prestar y tu te das vuelta con eso, pero si uno no tiene ese apoyo igual es más complicado...(A3. 18 años. La adolescente señala el significado de independencia)*

Para otras adolescentes, la independencia es algo imposible de imaginar, sienten la necesidad de permanecer por siempre con sus padres, son incapaces de ver su vida autónoma. Estas adolescentes coinciden con aquellas cuyos padres le han brindado un total apoyo emocional y material.

*Me cuesta mucho...de irme de mi casa no, de ver sola a mi hijos si, no podría dejar a mi mamá, me proyecto con mi pareja pero no me veo viviendo con él, no quiero dejar a mis papas, es que aquí tengo todo, acá me criaron, llego almuerzo, irme es como raro, no podría, todavía no... (A6. 17 años. La adolescente comenta acerca de su independencia)*

**Diagrama N° 17:** Autonomía e independencia durante el embarazo adolescente



**Fuente:** Elaboración Propia.

#### 4. ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LAS CARTAS DIRIGIDAS AL HIJO(A)

Dentro del análisis de contenido, se tiene las unidades de registro, las cuales están centrada en el tema, el cual consiste el localizar los núcleos de sentido que componen la comunicación.

Las reglas de enumeración de las unidades de registro están basadas en la frecuencia de los núcleos de sentido registrados en las cartas.

##### 4.1. Indicadores

En las cartas dirigidas al hijo(a) escritas por las adolescentes, se señalan algunos aspectos generales, los cuales han sido utilizados como indicadores de temas o núcleos de sentido registrado en las cartas. A continuación se mencionan los nueve indicadores y se hace una breve descripción a estos.

- ❖ *Importancia del hijo(a) (IH)*: La adolescente señala en la carta la importancia de su hijo(a). señalando lo que significa o representa el hijo para ella.
- ❖ *Deseos de que el hijo(a) nazca (DN)*: La adolescente señala en la carta el deseo de que su hijo(a) nazca. Expresiones como “estoy ansiosa por verte” o “quiero tenerte en mis brazos” son ejemplos de este indicador. El deseo de que el hijo(a) nazca puede tener dos connotaciones. Por una parte, si el hijo es rechazado, el hecho de que nazca puede ser positivo, para conseguir una mayor libertad. Por otra parte, el deseo de que nazca puede ser también muy positivo para una madre adolescente, debido a que desea estar con el bebé.
- ❖ *Deseos de un hijo(a) sano (HS)*: Este es un indicador que puede tener relación con alguna desconfianza en el parto. También puede referirse al deseo de la adolescente de que su hijo(a) no tenga problemas de salud.
- ❖ *Refiere a su hijo con su nombre (NH)*: El hecho de que la adolescente escriba el nombre de su hijo(a) puede manifestar, por un lado, que al saber ya el sexo de su hijo/a tenga decidido el nombre de su bebé. Como también puede significar que lo haya imaginado, o tentativamente haya pensado en algunos nombres.
- ❖ *Hijo(a) inesperado o no deseado (HI)*: En la carta también se interpreta un embarazo o hijo(a) inesperado o no deseado, ya sea explícitamente manifestado, o mediante atribuciones o contenido latente.

- ❖ *Tareas de la madre (TM)*: Que la adolescente manifieste en la carta las tareas de la madre, por ejemplo: “te voy a cuidar”, “no te faltará nada”, simboliza dar seguridad al hijo(a) y también puede tener algún sentido con aquellas adolescentes cuyos padres, han faltado a este rol de darles seguridad y no proporcionarles apoyo cuando ellas más lo necesitaron.
- ❖ *Hijo(a) esperado o deseado (HE)*: El deseo de tener el hijo(a) puede ser presentado en la carta, con las expresiones de cariño hacia el hijo, lo que equivale al apego maternal.
- ❖ *Importancia del hijo(a) in útero (IU)*: La adolescente manifiesta en la carta la importancia de su hijo desde la noticia del embarazo, lo cual guarda relación con el vínculo que haya establecido con el hijo(a) ya en el útero. Se manifiesta en la carta como: “desde que supe que estaba embarazada fuiste importante para mi”, “te quiero desde que escuché tus latidos”, entre otros.
- ❖ *Hijo(a) como máxima satisfacción de vida (HSV)*: El hijo(a) puede ser significado de una máxima satisfacción de la adolescente, es decir, se le atribuye al hijo(a) una importancia única en la vida de la adolescente, no hay otro motivo por el cual estar feliz. Puede ser declarado en la carta como “eres lo mejor que me ha pasado”

#### 4.2. Categorización y Codificación de indicadores

CODIGO	NOMBRE DE CODIGO	DEFINICION	UNIDAD DE REGISTRO						
			ADOLESCENTE 1	ADOLESCENTE 2	ADOLESCENTE 3	ADOLESCENTE 4	ADOLESCENTE 5	ADOLESCENTE 6	ADOLESCENTE 7
IH	IMPORTANCIA DEL HIJO(A)	La adolescente señala en la carta la importancia de su hijo(a)	<i>Bueno quiero que sepas que <b>ya eres una persona importante para mi desde que estas en mi vientre</b></i>	<i>... Es tan difícil poder expresarme de esta forma pero <b>quiero decirte que eres mi vida...</b></i>	<i>escribo esta carta contándote que <b>eres lo mejor que me podría haber pasado en la vida</b></i>	<i>Hija en todo este tiempo que has estado en mi vientre <b>te he aprendido a querer y sobre todo a amar Eres el regalo más lindo que dios me dio.</b></i>	Eres lo más lindo que me ha pasado	<i><b>Cada día soy más feliz al saber que estarás conmigo</b> y que te podré cuidar y regalar, vestirme con las cositas que todos te han regalado.</i>	<i>...Y sentir que creces cada día dentro de mi me llena de alegría <b>te amo y te amare por siempre...</b></i>
			<i>...<b>Bebé gracias por darme estos días tan lindos me encanta sentirte dentro de mí...</b></i>	<i>...<b>No sabes todas las ganitas que tengo de abrazarte y mimarte...</b></i>	<i>...<b>Te amo con todo mi corazón</b> y solo quiero que nazcas pronto...</i>	<i>...<b>Te amo y que ahora eres mi vida...</b></i>		<i>Solo me queda decir es que <b>te amo con mi vida</b> zapallín hermoso y que eres lo más hermoso que me va a pasar</i>	<i>...Espero con ansias que llegues a mis brazos <b>para entregarte todo el cariño que te tengo...</b></i>
			<i>Tu <b>papá te ama con su vida,</b> estará siempre contigo también.</i>		<i>...<b>No hayo la hora de tenerte en mis brazos y de conocerte y de empezar a entregarte mi cariño...</b></i>	<i>...Y si alguna vez dudé tenerte me arrepiento completamente porque <b>eres mi todo...</b></i>			
DN	DESEOS DE QUE EL HIJO(A) NAZCA	La adolescente señala en la carta el deseo de que su hijo(a) nazca.	<i>...<b>También quiero que sepas que tienes una hermanita muy linda y unos padres que te están esperándote muy ansiosos...</b></i>	<i>...<b>No sabes todas las ganitas que tengo de abrazarte y mimarte...</b></i>	<i>...Lo único que quiero es que estos 3 meses que faltan para tu nacimiento <b>pasen rápido para tenerte entre mis brazos...</b></i>	<i>...<b>No hayo la hora de tenerte en mis brazos y de conocerte y de empezar a entregarte mi cariño...</b></i>		<i>...Chiquitito mío: ya van meses desde que supe que estabas en mi guatita y <b>siento muchas ganas de que ya estés conmigo y tu papito lindo...</b></i>	<i>...Espero con ansias que llegues a mis brazos <b>para entregarte todo el cariño que te tengo...</b></i>
HS	HIJO SANO	La adolescente señala el anhelo de que su hijo(a) nazca saludable.	<i>...<b>con que Dios te mande sanito y lleno de amor para cada uno de tu familia...</b></i>	<i>...<b>Espero nazcas sanita...</b></i>				<i>...Solo espero que llegues <b>sanito</b> y poder darte todo lo que quieras...</i>	

RN	REFIERE A SU HIJO CON SU NOMBRE	La adolescente señala el nombre de su hijo en la carta				Sofía		Benjamín	Isidora
HI	HIJO INESPERADO - NO DESEADO	La adolescente señala en la carta al hijo inesperado o no deseado ya sea actualmente o al principio del embarazo						<i>...Y si alguna vez dudé tenerte me arrepiento completamente porque eres mi todo...</i>	<i>...llegaste a mi vida en un momento inesperado sin embargo te recibí con los brazos abiertos...</i>
TM	TAREAS DE LA MADRE	La adolescente menciona las tareas de madre con el hijo(a)		<i>...Luchare siempre por ti el resto de mis días para que nunca estés mal ni te falte nada. Estaré presente en cada momento de tu vida, hare todo lo posible para ser la mejor Mamá...</i>	<i>...Quiero que sepas que todo lo que hago es por ti para que no te falte nada...</i>	<i>...Voy a hacer todo lo posible para que seas feliz y tengas una buena vida...</i>	<i>...Te prometo que voy a ser la mejor de las madres para cuidarte y enseñarte muchas cosas para tu vida...</i>	<i>...Cada día soy más feliz al saber que estarás conmigo y que te podré cuidar y regalonear, vestirme con las cositas que todos te han regalado...</i>	<i>...Te cuidare y estaré a tu lado siempre...</i>
				<i>...Te daré todo mi apoyo necesario...</i>	<i>...Nunca nada te faltará y yo aquí siempre estaré para cuidarte, mimarte y protegerte de todo mal que pueda haber...</i>	<i>...Tienes o mejor dicho tendrás todo mi apoyo siempre en lo que tú te propongas...</i>			
HE	HIJO(A) ESPERADO O-DESEADO	La adolescente señala en la carta que el hijo(a) es esperado o deseado		<i>Sé que soy chica que a lo mejor tomé la decisión muy apurada pero eso no me importa porque te esperamos con ansias</i>					
IU	IMPORTANCIA DEL HIJO(A) IN UTERO	La adolescente señala en la carta la importancia del hijo(a) desde el vientre materno.	<i>...Bueno quiero que sepas que ya eres una persona importante para mi desde que estas en mi vientre...</i>			<i>...Hija en todo este tiempo que has estado en mi vientre te he aprendido a querer y sobre todo a amar...</i>			
HSV	HIJO COMO MAXIMA SATISFACCION DE VIDA	La adolescente señala en la carta que su hijo es lo más significativo en su vida.			<i>...Te escribo esta carta contándote que eres lo mejor que me podría haber pasado en la vida...</i>		<i>...Eres lo más lindo que me ha pasado...</i>	<i>...Y que eres lo más hermoso que me va a pasar...</i>	

## 4.2. Análisis e Interpretación de las Cartas

Para realizar el análisis de contenido se han tomado como regla de enumeración la frecuencia, que indica el número de repeticiones de los temas o núcleos de significado en la carta dirigida al hijo(a)

### Indicadores registrados en las cartas dirigidas al hijo(a)

Los indicadores temas o núcleos de significados antes nombrados están presente en todas las cartas dirigidas al hijo(a), sin embargo, hay algunos indicadores que se repiten con mayor frecuencia, estos se muestran en la tabla N°21, destacándose la importancia del hijo(a) con un 100%, el deseo de que el hijo(a) nazca con un 88% y las tareas de la madre también con un 88%.

**Tabla: N° 21: Frecuencia según el total de cartas**

INDICADOR /CÓDIGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IH	7	100%
DN	6	88%
HS	3	43%
RN	3	43%
HI	2	28%
TM	6	88%
HE	1	14%
IU	2	28%
HSV	3	43%
<b>TOTAL</b>	7	

**Fuente:** Elaboración propia

### ❖ **Importancia del hijo(a)**

La totalidad de las adolescentes embarazadas manifiesta expresamente la importancia del hijo(a) en la carta dirigida a este. Algunos relatos que revelan este indicador son:

*Bueno quiero que sepas que ya eres una persona importante para mí desde que estas en mi vientre...Bebé gracias por darme estos días tan lindos me encanta sentirte dentro de mí... (A1)*



La adolescente declara la importancia que tiene su hijo(a) basándose en el momento de que se entera de su embarazo, **“ya eres una persona importante para mí”** y por la satisfacción que siente durante el embarazo **“sentirte dentro de mí”**.

*Escribo esta carta contándote que eres lo mejor que me podría haber pasado en la vida...Te amo con todo mi corazón y solo quiero que nazcas pronto... (A3)*



La adolescente manifiesta la importancia del hijo(a) mediante el amor, el deseo que nazca y agrega que el hijo(a) representa para ella lo mas significativo en su vida.

*Hija en todo este tiempo que has estado en mi vientre te he aprendido a querer y sobre todo a amar... Eres el regalo más lindo que dios me dio...Te amo y que ahora eres mi vida...No hayo la hora de tenerte en mis brazos y de conocerte y de empezar a entregarte mi cariño... (A4)*



La adolescente expresa la importancia del hijo a través de su amor, agregando las palabras "...he **aprendido** a amarte...", "...**ahora** eres mi vida...", lo que revela que antes no fue así. Esto se relaciona con el rechazo al embarazo sufrido en los primeros meses. Además, "...**empezar** a entregarte mi cariño..." puede manifestar una situación en la cual la adolescente no tiene la percepción de que durante el embarazo se pueda también entregar cariño de diferentes formas.

*Cada día soy más feliz al saber que estarás conmigo y que te podré cuidar y regalonear, vestirme con las cositas que todos te han regalado...Solo me queda decir es que te amo con mi vida zapallín hermoso y que eres lo más hermoso que me va a pasar...Y si alguna vez dudé tenerte me arrepiento completamente porque eres mi todo... (A6)*



La adolescente declara la importancia de su hijo a través del deseo que nazca. Además, al igual que la adolescente anterior, añade una frase que indica que el hijo no es lo más importante en el presente "...eres lo mas hermoso **que me va a pasar...**" es decir, no es lo más hermoso que pasa actualmente, quizás porque el embarazo ha sido rechazado. Se confirma esta apreciación, cuando la adolescente menciona "...y si alguna vez **dudé tenerte**. me arrepiento..."

#### ❖ Deseos de que el hijo(a) nazca

Con una alta frecuencia en las cartas se señala el deseo que tiene la adolescente embarazada de que su hijo(a) nazca. Como se dijo anteriormente, esto puede tener dos interpretaciones. Por una parte, si el hijo(a) no es deseado por la adolescente embarazada (lo que se evidencia en las entrevistas), ya que es un obstáculo para sus actividades habituales o su proyecto de vida, el nacimiento puede ser considerado positivo. Por otra parte, el deseo de que nazca puede ser también positivo para una madre adolescente, ya que desea estar con el bebé, para hacer cosas que no puede hacer por el hecho de tenerlo en el vientre (abrazarlo, cuidarlo, mimarlo, y otras). Algunos relatos que manifiestan este indicador son:

*...Lo único que quiero es que estos 3 meses que faltan para tu nacimiento pasen rápido para tenerte entre mis brazos... (A3)*



La adolescente expresa en la carta dirigida a su hijo(a) su deseo de que el hijo nazca, además añade el tiempo "**pasen rápido**", lo que podría indicar un nivel de ansiedad. Por otro lado, la adolescente espera tener más apoyo de los padres una vez que el hijo(a) nazca, teniendo relación con las ansias que expresa por el nacimiento.

*...Chiquitito mío: ya van meses desde que supe que estabas en mi guatita y siento muchas ganas de que ya estés conmigo y tu papito lindo...Espero con ansias que llegues a mis brazos para entregarte todo el cariño que te tengo... (A6)*



La adolescente no ha tenido un embarazo deseado, hubo intento de aborto. Actualmente se siente arrepentida de sus actos. Al igual que la adolescente anterior, expresa con ansias el nacimiento. “siento muchas ganas de que ya estés conmigo”, “espero con ansias que llegues a mis brazos”

#### ❖ Tareas de la madre

El indicador, tareas de la madre se refiere a todas aquellas acciones que realice la madre para darle protección y cuidado a su hijo(a). Lo que tiene una interpretación relacionada con la seguridad, y además, está asociado directamente con la socialización que tenga la adolescente respecto al rol de madre.

El cuidado y protección del hijo(a) es algo que generalmente se percibe como elemental u obvio en la madre, expresarlo en la carta puede tener relación con el hecho de destacarlo, ya sea porque se considera importante para la adolescente o porque en su vida está ausente el apoyo familiar.

*...Luchare siempre por ti el resto de mis días para que nunca estés mal ni te falte nada. Estaré presente en cada momento de tu vida, hare todo lo posible para ser la mejor MAMÁ...Te daré todo mi apoyo necesario... (A2)*



La adolescente proviene de una familia en donde el padre le ha negado el apoyo durante el embarazo, acontecimiento que la adolescente recuerda como el peor de su vida. Quizás por esto, menciona en la carta aspectos relacionados al apoyo “lucharé... para que **nunca estés mal**”.

Además un elemento a destacar es que la adolescente escribe con mayúscula la palabra mamá, “haré todo lo posible para ser la mejor **MAMA**”, está destacado por la adolescente. Esto tiene relación con lo que la adolescente narra en la entrevista la mala relación que tiene con su madre hasta el día de hoy.

*...Te prometo que voy a ser la mejor de las madres para cuidarte y enseñarte muchas cosas para tu vida... (A5)*



La adolescente tuvo una infancia marcada por el abandono de la madre a los 7 años, la adolescente queda al cuidado de los abuelos, lo que triste para la adolescente.

Curioso ocurre cuando esta misma adolescente declara a su hijo con un alto compromiso “**te prometo**”, que va a ser “**la mejor madre**”

Frecuencia de Indicadores registrados en las cartas dirigidas al hijo(a)

**Tabla N° 22 : Frecuencia de los indicadores en las cartas**

Cartas	Frecuencia de Indicadores							
	IH	DN	HS	HI	TM	HE	IU	HSV
1	2	1	1	0	0	0	1	0
2	3	1	1	0	2	1	0	0
3	2	2	0	0	2	0	0	1
4	3	1	0	0	2	0	1	0
5	1	0	0	0	1	0	0	1
6	3	1	1	1	1	0	0	1
7	2	1	0	0	1	0	0	0

**Fuente:** Elaboración propia

En esta parte del análisis, se mide la frecuencia de los indicadores en la carta, lo que corresponde a contabilizar las veces que un tema o indicador se menciona. Un indicador que se repite puede tener una interpretación distinta a aquellos indicadores que no se reiteran.

Se extrae el indicador RN (refiere a su hijo/a por su nombre) ya que no se considera relevante en cuanto a su frecuencia.

Se analizan las frecuencias con una repetición  $\geq 2$ . En la tabla N° 22, se pueden ver las frecuencias de los indicadores en las 7 cartas. Además se analizarán tanto las frecuencias como la omisión de indicadores.

Al respecto se tiene las siguientes conclusiones:

- ❖ Las adolescentes cuyo embarazo no es deseado durante los primeros tres meses, tienden a reiterar en la carta la importancia del hijo(a) para ellas, con una mayor frecuencia que el resto de las adolescentes. (Ver en la tabla N°22 carta 2, 4 y 6)

Esto puede ser asociado a que, para algunas adolescentes embarazadas, en un principio no aceptan su embarazo, nunca desearon estar embarazadas, pero a medida que pasan los meses las adolescentes van aceptando su embarazo y toman conciencia de lo ocurrido durante los primeros meses. Y a la hora de establecer un vínculo con su hijo(a), mediante una carta, se sienten con la responsabilidad de estar emocionalmente comprometidas, casi como “en deuda”, con su hijo(a), expresando reiteradamente la importancia que tiene en sus vidas.

- ❖ En segundo lugar están las tareas de madre que simbolizan el rol que debe cumplir la madre, cuyo aprendizaje está sujeto a la socialización que haya tenido la adolescente.

Al respecto, se pueden hacer algunas interpretaciones en cuanto a la omisión de las tareas de madre. Cuando la adolescente ha tenido el completo apoyo de los padres en el cuidado de sus hijos, la adolescente puede desvalorizar la tarea que le corresponde a la madre, principalmente porque este rol ha sido obstaculizado por una crianza compartida con su madre.

Por el contrario, se puede apreciar en las entrevistas que cuando la adolescentes tienen un escaso o ausente apoyo familiar, en las cartas dirigidas al hijo(a) es frecuente este indicador y puede estar asociado a la necesidad de una mayor seguridad para el hijo(a) de la adolescente.

- ❖ El indicador Hijo(a) inesperado o no deseado, no está presente en la mayoría de las cartas de las adolescentes, es decir, es un indicador que se omite, a pesar de que en más de una adolescente se evidencien signos de un embarazo no deseado.

Esto puede tener relación con un aspecto emocional de la adolescente embarazada la cual omite mencionar aspectos negativos cuando la carta esta dirigida a su hijo(a).

## 5. EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE RIGOR Y CRONOGRAMA DE TRABAJO

### 5.1. Credibilidad

En cuanto a la credibilidad de la información recolectada y analizada en este estudio, se realizaron la técnica de la triangulación de fuentes integrando la visión de parte del equipo de salud del Consultorio de Belloto Sur.

Para realizar la Triangulación de Fuentes se solicitó colaboración de la Asistente Social y Psicólogo del Consultorio de Belloto Sur, con el propósito de tener una visión psicológica y social del embarazo adolescente desde la investigación, y así contrastar ésta información con el análisis e interpretación de la alumna seminarista.

Para esto se entregaron los resultados del estudio y los profesionales hicieron sus propias interpretaciones. Las cuales se resumen a continuación.

#### **Visión Psicológica de la problemática del embarazo en la adolescencia**

- ❖ En el embarazo adolescente se puede evidenciar la percepción de la pérdida de libertad y una gran responsabilidad, de la cual la adolescente no se siente preparada, lo que equivale a una percepción normal en la etapa.
- ❖ Cuando un hijo no es deseado, se evidencia una frustración por una postergación de proyectos personales. La frustración del embarazo sucede cuando la adolescente siente que su proyecto de vida desaparece, pero lo que ocurre es que se posterga.
- ❖ Las adolescentes miden las consecuencias, pero esta medición se hace una vez ocurrido el embarazo, lo que equivale a inmadurez por parte de la adolescente embarazada.
- ❖ También hay una percepción del embarazo como una satisfacción o deseo logrado. Pero igual es inmaduro e infantil, ya que no contextualizan la crianza, es decir no nombran la responsabilidad que implica tener un hijo.
- ❖ Hay adolescentes cuyo embarazo son una experimentación, lo que puede ser una trasgresión, impulsividad, curiosidad, experimentación que puede ser peligrosa.
- ❖ También el embarazo es deseado por una idealización de las relaciones afectivas “yo quería tener un hijo porque lo amaba”, esto también representa inmadurez

- ❖ En cuanto al aborto incentivado por los padres, la adolescente tiene un conflicto entre el lo que dicen sus padres y el embarazo. La adolescente no tiene autonomía, y se deja influir por lo adultos.
- ❖ Cuando las adolescentes hacen un proceso reflexivo ante el embarazo, “el salir adelante, a pesar de las consecuencias” eso es un proceso de una adolescente madura.
- ❖ En los primeros tres meses del embarazo, pueden ser altamente emocionales y estresantes y puede haber algunos desajustes que lleven a la adolescente a tomar la decisión de abortar. La percepción del aborto cambia cuando la adolescente siente que tiene un ser vivo al interior de su vientre, cuando siente que es vida.
- ❖ El apoyo de la madre es más significativo para la adolescente, porque la madre es la que proporciona apoyo afectivo, la madre es la que ha criado, y por eso la adolescente confía en ella.
- ❖ En cuanto al bienestar psicológico, las adolescentes evalúan su vida como un rasgo de la personalidad. La autoestima tiene que ver con un auto concepto que se va formando la adolescente.
- ❖ Cuando las adolescentes centran su apariencia física en algo negativo su evaluación representa una baja autoestima. Por ejemplo, “soy fea”.
- ❖ Las adolescentes tienen redes sociales de apoyo afectivo frágiles, tiene relaciones negativas con decepciones.
- ❖ También las adolescentes pueden percibir el alejamiento de los vínculos sociales producto de las circunstancias del embarazo, lo que es normal.
- ❖ Hay temores respecto a la autonomía, porque hay una dependencia emocional con respecto a la familia.
- ❖ La autonomía frente a la pareja de alguna forma es ser realista. Es decir, ven una probabilidad en que la pareja se aleje de ellas, porque son ellas las que tienen a su hijo en el vientre, es una visión realista.

### Visión social de la problemática del embarazo en la adolescencia

- ❖ Las adolescentes cuando no ven el embarazo como un problema, no nombran la carga que significa hacerse cargo de una vida, que es tu responsabilidad. Por lo tanto, no asumen el rol o lo que significa ser madres. Lo que puede tener relación con su inmadurez, con la dependencia que tienen con la familia. La percepción de una mujer mayor con hijos es distinta, y siempre van a nombrar el rol que deben desempeñar y la responsabilidad que implica tener un hijo, no así las adolescentes.
- ❖ Las adolescentes también pueden ver el embarazo como algo negativo. En la pauta de riesgo del Chile Crece Contigo la gran mayoría de las menores de edad tienen conflictos con la maternidad, y en algunos casos hay escaso apoyo social.
- ❖ En cuanto al aborto, generalmente cuando son menores de edad, los padres son los que incitan a las adolescentes a abortar, y las adolescentes por miedo lo piensan, pero no lo consuman. Aunque esto depende de la personalidad de la embarazada, porque si se trata de una niña independiente, poco afectiva, con escaso apoyo, pueden llegar a abortar a pesar de ser muy jóvenes.
- ❖ Muchos padres manipulan a las hijas adolescentes con el embarazo, “ya vamos a apoyarte pero a tu hijo lo vamos a criar nosotros, porque tú eres muy chica”, pasa mucho hoy en día, más aún si las adolescentes tienen poca edad. Esto perjudica a las adolescentes pues le quitan el rol de madre. A veces, las obligan a que su propio padre reconozca al bebé y como ellas no saben lo que implica eso, las adolescentes aceptan, y FONASA acepta entregarles el cuidado personal a los abuelos. Pero muchas veces se hace para perjudicar al padre del hijo(a), ya sea porque no les gusta, y para impedirles ejercer su rol de padre manipulan a la adolescente.
- ❖ Son pocos los embarazos planificados, la gran mayoría tiene embarazos accidentales y más cuesta asumirlos. Los sentimientos ambiguos (tristeza y felicidad ante la noticia del embarazo) son normales, uno asume que está embarazada cuando siente a su hijo en el vientre y asume que de ti depende la vida.
- ❖ Respecto al bienestar. Los primeros meses no son buenos porque aparecen malestares físicos y varias transformaciones en el cuerpo. Esto las perjudica físicamente, lo que afecta también a la salud mental. Por ejemplo, aumentar de peso, influye en la apariencia y en la autoestima.

- ❖ Lo peligroso es cuando dejan de comer, hacer ejercicios, dejan de alimentar al hijo(a) y puede influir en el bajo peso al nacer.
- ❖ La adolescente se aleja de las amistades, por dos cosas: una porque cuando son adolescentes los padres las controlan más y no le dan permiso para salir, el control que nunca ejercieron lo hacen ahora, y se ponen más estrictos. Dos, tiene que ver también con que algunas adolescentes dejan de estudiar y se empiezan a desvincular de sus pares, dejan de ir al colegio y se desconectan de las cosas que ocurren, eso las aísla.
- ❖ El proyecto de vida de la adolescente, tiene que ver con el modelo familiar que sus padres tienen. En este sector, generalmente las madres son dueñas de casa, de escolaridad incompleta, y además tuvieron hijos en su adolescencia, todo esto lo aprende la adolescente y tiende a repetir lo mismo.
- ❖ Otras niñas que tienen un proyecto de vida ligado al estudio, que son pocas, pueden lograr proyectos, aunque eso depende, en mucho del apoyo que le hayan dado sus padres.
- ❖ Las adolescentes dependen de sus parejas, son pocas las que quieren progresar como personas autónomas, trabajar, tener un título.
- ❖ El apoyo a la adolescente embarazada es fundamental, pero ningún padre al principio apoya completamente a su hija.
- ❖ El apoyo que los padres brinden a la adolescente depende de la relación que tengan. Pero un hecho que se repite es que las madres de estas adolescentes también fueron madres a temprana edad, entonces apoyan más rápido. Donde hay problema es cuando no hay una preocupación y estas niñas prácticamente las abandonan en el embarazo.

## 5.2. Confirmación

En cuanto a los criterios de calidad de *confirmación* se destaca el ejercicio de reflexión constante durante la aplicación de instrumento de recolección de información, el cual tuvo modificaciones respecto a los siguientes tópicos:

- ❖ Ampliar la forma de preguntar, para obtener una respuesta más profunda, pero cuidando siempre el foco u objeto de la pregunta.
- ❖ Se cambia el orden de las preguntas, reuniéndola en distintos grupos de preguntas similares.

Además, los datos obtenidos en el campo se han almacenado en archivos digitales para su fiel transcripción.

## 5.3. Transferencia

Respecto al criterio de *transferencia*, durante el periodo de recolección de datos se obtiene información respecto tanto de la adolescente y su embarazo como el entorno que rodea a las adolescentes (ver punto 2. Descripción de los Sujetos de Estudio)

### **Cronograma de Trabajo (tiempo real)**

Procesos	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Recolección de Información	*	* □	** □	
Transcripción y Análisis de los datos		*	* **	
Confección de la Propuesta de Intervención Programática		□	□ *	□ **
Entrega de Resultados, finalización del análisis de los datos			*	* □ **

Simbología	
*	Tiempo Programado
**	Tiempo de Holgura
□	Tiempo Real

## 6. SÍNTESIS DIAGNÓSTICA

### 6.1. Identificación de Problemas e Intervención

#### ❖ Vinculo Maternal

<b>Problema</b>	Existencia de Embarazos no planificados, no deseados
<b>Consecuencias</b>	Posibles consecuencias en la relación de diada madre hijo(a) en cuanto al vinculo maternal durante el puerperio y crianza, aborto.

Referente a los significados del embarazo durante la adolescencia, este puede ser deseado o no, lo que depende de varios factores. Para algunas adolescentes es tan fuerte la frustración e incertidumbre que sienten, que el aborto se transforma en su única salida y es aquí cuando el apoyo se vuelve indispensable. Sin embargo se debe destacar que una vez que la adolescente siente a su hijo(a) en su vientre, y es apoyada por su familia, el embarazo adquiere valor para la adolescentes, estableciéndose el vinculo maternal.

<b>Intervención</b>	Acciones enfocadas en el vínculo maternal, bajo estrategias socioeducativas.
---------------------	--

#### ❖ Apoyo Familiar

<b>Problema</b>	Apoyo familiar inadecuado
<b>Consecuencias</b>	La falta de apoyo familiar deja vulnerable a la adolescente embarazada, ya que necesita tanto apoyo emocional, material como informacional. La adolescente embarazada está incapacitada para tomar decisiones autónomas frente a los padres, aún más si se trata de contextos de vulnerabilidad social y económica.

Respecto al apoyo familiar, la madre de la adolescente cumple un rol importante y necesario, pues el traspaso de conocimiento acerca del cuidado del embarazo y crianza es altamente valorado por su hija. Además la madre de la adolescente puede apoyarla en el cuidado de su hijo(a) cuando la joven deba desarrollar alguna actividad, por ejemplo, estudiar. Pero se debe considerar que la crianza compartida y el inadecuado desarrollo del rol maternal, supone un insuficiente vínculo entre la adolescente y su hijo(a), lo que podría perjudicar la futura la crianza.

<b>Intervención</b>	Intervención familiar en el establecimiento del apoyo familiar frente al embarazo, apelando al apoyo emocional, material, informacional. Enfocándose en la relación de la madre y la hija adolescente (embarazada). La estrategia de la visita domiciliaria se torna viable para la intervención.
---------------------	---

### ❖ Integración del Padre en el proceso del Embarazo

Problema	Negativa integración del padre en el embarazo
Consecuencias	La ausencia de apoyo e integración en el embarazo por parte del padre del hijo(a) tiene consecuencias en el desarrollo del apego en la diada padre-hijo. Lo que perjudica además el establecimiento del rol de padre y la crianza futura.

En cuanto a la pareja de la adolescente, este puede optar por apoyar a su hijo(a), siendo fundamental tanto para la adolescente como para el menor. Pero puede surgir que la adolescente no perciba a su pareja como un *padre*, ignorando que esté preparado o que tenga alguna responsabilidad, por eso es preciso que la adolescente permita al padre ejercer su rol como padre, para que así se establezca un vínculo paternal adecuado.

Intervención	Acciones asociadas a la vinculación del padre al proceso del embarazo y crianza. Estrategias socioeducativas bajo visita domiciliaria se visualizan como viables para esta intervención. La atención debe ser orientada a aquellos padres que tengan una relación con la adolescente.
--------------	---

### ❖ Continuidad de los estudios

Problema	Deserción escolar, discontinuidad de los estudios ligados al embarazo.
Consecuencias	Menores competencias laborales y por lo tanto, incapacidad de progresar en la vida autónoma.

Una de las consecuencias que tiene el embarazo en la adolescente es la percepción de una interrupción de los proyectos de vida ligados a la educación, lo que se manifiesta en la discontinuidad o deserción de los estudios.

Un factor que se asocia al embarazo en la adolescencia es el abandono escolar. Por varias razones las adolescente pueden abandonar sus estudios, no obstante se puede relacionar principalmente con ausencia de apoyo familiar. Apoyar a la adolescente para que no pierda la continuidad de los estudios es un elemento importante a considerar en cualquier intervención ante el embarazo adolescente, pues la deserción escolar es un factor que genera pobreza en la futura madre, disminuyendo las posibilidades a acceder a un mejor empleo.

Intervención	La intervención se enfoca en apoyar a la adolescente mediante estrategias socioeducativas para que continúe los estudios. La posibilidad de un beneficio escolar que se ajuste al embarazo puede ser viable si existe el compromiso interinstitucional entre el proyecto y los establecimientos educativos al cual asista la adolescente. El seguimiento de la adolescente es una estrategia viable.
--------------	--

### ❖ Autoestima

<b>Problema</b>	Se evidencia una autoestima negativa asociada al aumento de peso durante el embarazo.
<b>Consecuencias</b>	La baja autoestima afecta el bienestar psicológico de la adolescente e impide otras cosas, como tomar decisiones autónomas, mantener vínculos sociales.

La baja Autoestima durante el embarazo puede surgir principalmente por el aumento de peso de la adolescente. Esto puede significar algo normal para la adolescente, producto del crecimiento del bebé, pero en otros casos, la adolescente puede verlo como un problema y mayor malestar siente cuando menor sea la aceptación del embarazo.

<b>Intervención</b>	La intervención se debe orientar al desarrollo de una autoestima adecuada en relación a la aceptación del cuerpo, durante el embarazo. La autoestima debe ser atendida conjuntamente con el auto concepto. Estrategias socio educativas y socio recreativas.
---------------------	--

### ❖ Vínculos Sociales

<b>Problema</b>	Durante el embarazo la adolescente abandona sus actividades habituales para dedicarse al embarazo. la adolescente se excluye de sus amigos(as)
<b>Consecuencias</b>	Perjudica el establecimiento de los vínculos sociales positivos, basados en la confianza y en el apoyo social. Lo que disminuyendo el soporte emocional para la adolescente así como el desarrollo de actividades recreativas que impliquen la participación a actividades sociales.

Relacionado con los Vínculos Sociales, las adolescentes pueden tener pocas amistades, dependiendo de la relación que hayan establecido previo al embarazo. En todo caso, las adolescentes embarazadas tienden a alejarse de sus amigas ya que desean hacer actividades más relajadas como descansar, pierden interés por actividades que solían realizar, lo que contribuye a este distanciamiento.

<b>Intervención</b>	Se deben establecer intervenciones que apunten hacia el desarrollo de vínculos sociales con iguales, es decir entre adolescentes embarazadas, de manera de compartir experiencias y crear confianza lo que finalmente significan un apoyo para la adolescente embarazada.
---------------------	---

### ❖ Proyecto de vida

<b>Problema</b>	La adolescente establece un proyecto de vida ligado al estudio, trabajo y formación de familia. No obstante, necesitan apoyo para desarrollar sus proyectos, así como ayudarlas a establecerlos de acuerdo a sus capacidades.
<b>Consecuencias</b>	En momentos de incertidumbre frente al futuro, como el que ocurre a menudo en el embarazo, puede perjudicar el bienestar psicológico de la adolescente embarazada.

El Proyecto de Vida de la adolescente embarazada está ligado principalmente a la continuación de los estudios y al trabajo. Pero también, a pesar de su corta edad, algunas adolescentes tienen un proyecto de vida asociado a la formación de familia.

Respecto al Proyecto de Vida con el hijo(a) las adolescentes principalmente evalúan el cuidado del menor, buscando apoyo en su familia o en jardines infantiles. Pero se puede evidenciar una cierta tendencia a desconfiar de los jardines infantiles o de las salas cuna, lo que puede influir cuando la adolescente requiera el cuidado para su hijo(a).

<b>Intervención</b>	Ayudar a la adolescente embarazada a establecer un proyecto de vida de acuerdo a sus capacidades. Establecer un proyecto de vida ligado al hijo(a) en cuanto a su cuidado, y vínculo maternal.
---------------------	---

### ❖ Autonomía

<b>Problema</b>	Durante la adolescencia es sano para la salud desarrollar una autonomía e independencia frente a los padres. No obstante durante el embarazo la adolescente puede perder autonomía ya que depende de sus padres, en varios aspectos, como ejemplo, el económico.
<b>Consecuencias</b>	La dependencia excesiva en los padres puede significar problemas al interior de la familia, así como el menoscabo de la salud mental, al no tener un desarrollo personal adecuado (autonomía emocional y económica), necesarios para ser un adulto sano.

La Autonomía durante la adolescencia es un factor clave en el desarrollo. Pero el embarazo puede afectar, en cierto grado la independencia de la joven. La adolescente embarazada requiere, ahora más que nunca, el apoyo de sus padres, lo que se traduce en una dependencia económica y emocional.

Por otra parte, el embarazo también puede ser un elemento para que la adolescente se independice. Algunos padres ven el embarazo de su hija como una situación que da inicio para que ésta abandone el hogar familiar, o a la inversa, la adolescente puede percibir el embarazo como el medio más eficaz para iniciar una vida autónoma, quizás por una búsqueda de libertad. No obstante, ante el abandono del

hogar, los padres deben decidir por un futuro mejor para su hija(a) y no desestimar el auxilio que necesite durante este periodo, apoyo que es fundamental para la adolescente.

**Intervención**

Intervenir en los aspectos relacionados con el aumento de ciertas capacidades que le permitan a la adolescente formar una cierta autonomía, por ejemplo, la continuidad de los estudios contribuye a tener en un futuro mayores posibilidades de tener un empleo y así una autonomía en lo económico. Además poseer competencias laborales determina insertarse en el mundo laboral con mejor proyección.

## 7. PROGNOSIS

El estudio realizado sobre el Bienestar Psicológico en el Embarazo Adolescente proporciona un diagnóstico que permite conocer la situación problema, identificando un posible tratamiento a iniciar, teniendo en cuenta las ventajas y recursos en la intervención.

En lo sucesivo a la síntesis diagnóstica, se procede a elaborar la prognosis de la situación problema en el corto y largo plazo, estableciendo un pronóstico de la intervención, precisando qué sucederá tanto si se interviene como si no.

En el embarazo adolescente pueden surgir algunos problemas asociados a la vinculación materna, que gatilla una serie de consecuencias. La adolescente tiende a percibir su futuro con limitadas oportunidades y lleno de obstáculos, siendo su embarazo la causa a sus problemas.

El pronóstico a esta situación, a corto plazo está asociado al intento de aborto, el cual se consume si no se cuenta, entre otras cosas, con el apoyo necesario. En el largo plazo, un inadecuado apego perjudica la crianza y la relación en la diada madre-hijo durante el puerperio, niñez y adolescencia.

Respecto al Bienestar Psicológico, se pueden generar problemas, como desvinculación de pares. La ausencia de vínculos sociales puede estar asociada a varios problemas que tienen que ver con la salud mental de la adolescente embarazada, que puede ser el escaso apoyo y la desvinculación de las actividades sociales o de esparcimiento.

Por otra parte, una baja autoestima está relacionada a una desaprobación del cuerpo, lo que influye en la autovaloración de la adolescente embarazada. Este problema puede generar una distorsión de la imagen corporal como asimismo patologías severas (bulimia o anorexia).

La autonomía es un elemento que se debe considerar en el desarrollo personal de la adolescente embarazada. El problema surge cuando la adolescente embarazada se vuelve excesivamente dependiente de sus padres.

El escaso apoyo familiar en el embarazo adolescente tiene grandes repercusiones durante el embarazo y la crianza. En estos casos, enfrentar el embarazo es difícil, y su impacto tiene efectos en lo social y psicológico, tanto para ella como para su hijo(a).

Por lo tanto, de no mediar la intervención en estos aspectos, la adolescente embarazada no desarrollaría las herramientas necesarias para enfrentar de mejor forma el embarazo. Pero, si se interviene en el embarazo adolescente las posibilidades de bienestar aumentan, y la salud mental se beneficia, lo que se traduce en un mejor enfrentamiento del proceso que a la adolescente le toca vivir.

# CAPÍTULO III

---

---

## *Propuesta Programática*

## 1. PRESENTACIÓN

En esta sección se presenta la Propuesta Programática de Intervención Psicosocial en el Embarazo Adolescente, la cual tiene el objetivo de contribuir por una parte, en la salud mental de las adolescentes embarazadas, promoviendo el desarrollo de la autoestima, de un proyecto de vida, del apoyo social y vinculación maternal, y por otra parte al desarrollo de un entorno sano para el hijo(a).

En una primera parte del proyecto se mencionan de manera general los datos del proyecto en donde se detalla, entre otros aspectos, el nombre del proyecto, el acreditador, y la cobertura.

En la segunda parte se presentan los antecedentes de la Institución Patrocinante, en este caso, al Consultorio de Belloto Sur, pues corresponde a la entidad donde se presenta la propuesta y tiene el poder de decidir sobre el futuro de ella. Teniendo el contexto institucional, se procede a desarrollar el proyecto.

En la tercera parte se detallan los datos del proyecto, el diagnóstico, objetivos, justificación, las actividades, y el cronograma.

## 2. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

<b>CODIGO</b>	001	<b>REGIÓN</b>	Quinta Región de Valparaíso.
---------------	-----	---------------	------------------------------

<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	Propuesta de Intervención psicosocial para Adolescentes Embarazadas del Consultorio de Belloto Sur.		
<b>COLABORADOR ACREDITADO</b>	Corporación Municipal de Quilpué (Consultorio de Belloto Sur)		
<b>COBERTURA</b>	100% de adolescentes embarazadas inscritas en el Consultorio de Belloto Sur.		
<b>COBERTURA TERRITORIAL</b>	La cobertura territorial depende del radio de acción del consultorio de Belloto Sur y la inscripción de las adolescentes en dicho consultorio. En principio, la cobertura comprende el sector de Belloto Sur.		
<b>REQUIERE ANTICIPO DE LA SUBVENCIÓN</b>	SI	X	NO
<b>MONTO DEL APORTE INSTITUCIONAL</b>	\$ 500.000 aprox.	<b>Porcentaje respecto del total del proyecto</b>	50%

## 3. ANTECEDENTES DE LA INSTITUCIÓN

<b>NOMBRE LEGAL DEL COLABORADOR ACREDITADO</b>				
Corporación Municipal de Quilpué				
<b>RUT DE LA INSTITUCIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>	<b>FAX Y CORREO ELECTRÓNICO</b>		
70.878.900-3	32-2911550	vvargas@cmq.cl		
<b>NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>RUT REPRESENTANTE LEGAL</b>			
José Molina Sepúlveda	5.348.303-8			
<b>DIRECCIÓN LEGAL DE LA INSTITUCIÓN</b>				
<b>CALLE</b>	<b>Nº</b>	<b>POBLACIÓN / VILLA / SECTOR</b>	<b>COMUNA</b>	<b>REGIÓN</b>
Baquedano	960	Quilpué centro	Quilpué	Quinta Región de Valparaíso.

#### 4. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

<b>DIRECTOR (A) DEL PROYECTO</b>			<b>RUT</b>
Priscilla Barrera Cortez			15.754.628-7
<b>DOMICILIO DEL PROYECTO</b>			
<b>CALLE</b>	<b>Nº</b>	<b>POBLACIÓN / VILLA / SECTOR</b>	<b>COMUNA</b>
El Alba esq. T. Viejos	s/n	Belloto Sur	Quilpué
<b>REGIÓN</b>	<b>TELÉFONO</b>		
Quinta Región de Valparaíso	800 500 529		
	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>		
sucabace@gmail.com			

#### EXPERIENCIA ANTERIOR EN LAS ÁREA DE TRABAJO

---

La estudiante seminarista no registra experiencias anteriores con respecto a la formulación de proyectos en Salud Mental y Embarazo Adolescente.

---

## 5. DIMENSIÓN TÉCNICA

### 5.1. DIAGNÓSTICO

---

El embarazo durante la adolescencia presenta dificultades para las jóvenes, que ya atraviesan una etapa compleja. La adolescente embarazada vive circunstancias biopsicosociales difíciles, lo que influye en gran medida en su estado anímico. Una adolescente que se embaraza se ve enfrentada a una sobrecarga emocional debido a que debe conciliar dos etapas de su vida: la propia adolescencia y la demanda que le exige la maternidad. “La adolescente madre debe asumir una multiplicidad de roles, para los cuales no está psicológicamente madura, ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente” (Valdivia, Molina, 2003).

En cuanto a la investigación se pueden sintetizar las siguientes observaciones:

Referente al significado del embarazo durante la adolescencia, este puede ser deseado o no, lo que depende de varios factores. Sin embargo se debe destacar que la tendencia indica que el embarazo adquiere valor, una vez que la adolescente siente a su hijo(a) en su vientre y se convence de su embarazo.

Respecto al apoyo familiar, la madre de la adolescente cumple un rol importante y necesario, pues el traspaso de conocimiento acerca del cuidado del embarazo y crianza es muy valorado por su hija. Además la madre de la adolescente puede apoyarla en el cuidado de su hijo(a), cuando la joven deba desarrollar alguna actividad por ejemplo, estudiar.

Las consecuencias del embarazo apuntan al cambio que la adolescente debe asumir, es decir, pronto será una madre y un hijo requiere tiempo y cuidados, la adolescente lo siente como el término de la adolescencia y una responsabilidad que debe tomar.

En cuanto al Bienestar Psicológico, la variable felicidad está asociada tanto a la familia, como al embarazo. Es decir, las adolescentes se sienten bien estando en compañía de su familia, primordialmente por el apoyo brindado, y por otra parte, también sienten felicidad con su embarazo; satisfacción al escuchar a su hijo(a) o al verlo.

La baja Autoestima durante el embarazo puede surgir principalmente por el aumento de peso de la adolescente.

Relacionado con los Vínculos Sociales, las adolescentes pueden tener pocas amistades, lo que depende de la relación que hayan establecido previa al embarazo. En todo caso, las adolescentes embarazadas tienden a alejarse de sus amigas ya que desean hacer actividades más relajadas como descansar, pierden interés por actividades que solían realizar, lo que contribuye a este distanciamiento.

---

---

El Proyecto de Vida de la adolescente embarazada está ligado principalmente a la continuación de los estudios y al trabajo.

La Autonomía durante el embarazo adolescente puede verse limitada por la dependencia que se establece entre la adolescente y sus padres. Pero el embarazo también puede ser un elemento para que la adolescente se independice. Algunos padres ven el embarazo de su hija como una situación que da inicio para que ésta abandone el hogar familiar, o a la inversa, la adolescente puede percibir el embarazo como el medio más eficaz para iniciar una vida autónoma, quizás por una búsqueda de libertad.

---

## 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

---

### 6.1. Planteamiento del problema

El embarazo adolescente por muy deseado que sea por la adolescente, comporta un sinnúmero de problemas asociados a la carga emocional, social que debe enfrentar la adolescente.

El problema aumenta cuando la adolescente vive el embarazo con rechazo y una fuerte frustración ya que si no cuenta con el apoyo necesario, tanto el periodo de embarazo como la crianza resultan perjudicados al no desarrollar el vínculo maternal adecuado.

En relación a la Salud Mental de la adolescente embarazada, se puede determinar que la insatisfacción de la adolescente está relacionada principalmente con la ausencia de apoyo familiar y/o de la pareja, y además la inexistencia o el inadecuado vínculo maternal estaría asociado a un malestar en la adolescente embarazada. Es importante mencionar que cualquier sentimiento negativo en la adolescente perjudica a su hijo(a) y más aún en la crianza del menor.

### 6.2. Justificación del Proyecto

La Propuesta de Intervención Psicosocial en el Embarazo Adolescente pretende ser un instrumento de ayuda, tanto para las adolescentes, como para su hijo(a), con el objeto de lograr un mayor nivel de Bienestar psicosocial para las adolescentes embarazadas. Debido a que la Salud es un estado de completo Bienestar Psicosocial, el proyecto estaría enfocado a fortalecer aspectos necesarios para el desarrollo personal, tales como autoestima, vínculos sociales, proyecto de vida y autonomía. Los cuales son indispensables para un embarazo sano psicológica y socialmente.

Al mismo tiempo, el fortalecimiento del apoyo familiar implica un mayor bienestar a la adolescente embarazada, ya que si esta no cuenta con este soporte, las consecuencias pueden ser múltiples originándose un estado de necesidad que perjudica directamente al menor.

Asimismo, el proyecto pretende ser una herramienta potencial de intervención para el Consultorio de Belloto Sur, ya que se focaliza en aspectos de la salud psicosocial del embarazo adolescente y sus lineamientos están relacionados con la política social del Sistema de Protección Integral a la Infancia.

---

## 7. SUJETO DE ATENCIÓN

### 7.1. Identificación del Sujeto de Atención

Los sujetos de atención de este proyecto son los siguientes:

- ❖ Adolescentes embarazadas
- ❖ La familia de la adolescente embarazada
- ❖ La pareja de la adolescente embarazada

### 7.2. Caracterización del Sujeto de Atención

La caracterización de los sujetos de atención contempla a:

Las adolescentes embarazadas, son el principal sujeto de atención. Unos de los requisitos es estar inscrita en el consultorio de Belloto Sur.

En el plano familiar, los padres de las adolescentes también son susceptibles de ser intervenidos, como así mismo la pareja o padre del bebé. Ya que estos son considerados como el apoyo fundamental para la adolescente.

Tabla Nº 23: Criterios de selección para la intervención

Adolescente Embarazada	Pareja de la adolescente embarazada	Familia de las Adolescente embarazada
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Adolescentes embarazadas inscritas en el Consultorio de Belloto Sur</li> <li>❖ Involucra a todas las adolescentes embarazadas de entre 12 y 19 años.</li> <li>❖ Sin embargo pueden integrarse hasta los 21 años de edad, siempre y cuando la adolescente no esté casada, y sea el primer embarazo.</li> <li>❖ Debe tener una deficiente situación económica y sus competencias laborales deben ser limitadas.</li> <li>❖ Deben tener la intención manifiesta de participar en el proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Comprende al padre del niño(a). Es excluyente que sea la actual pareja de la adolescente.</li> <li>❖ Debe tener una deficiente situación económica y sus competencias laborales deben ser limitadas.</li> <li>❖ Deben tener la intención manifiesta de participar en el proyecto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ La familia de la adolescente comprende a aquellas personas que han tenido el cuidado y protección de la adolescente (padres, abuelos, tíos, entre otros)</li> <li>❖ En cuanto a la participación se exige mínimo una persona</li> <li>❖ El inadecuado apoyo familiar y el rechazo a la adolescente y al embarazo constituyen los principales factores que se deben detectar.</li> </ul>

Fuente: Elaboración Propia

## 8. OBJETIVOS DEL PROYECTO

---

### 8.1. Objetivo General

- 8.1.1. Contribuir a un mayor nivel de Bienestar Psicosocial de la Adolescente Embarazada, mejorando su autoestima, el desarrollo de vínculos sociales, la autonomía frente a la familia y el establecimiento de un proyecto de vida que comprenda a su hijo(a).
- 8.1.2. Fortalecer el apoyo de la familia hacia la adolescente embarazada, a través de la aceptación del embarazo, para así disminuir la frustración y enfrentar el embarazo de una forma adecuada.
- 8.1.3. Fomentar un entorno familiar adecuado para el niño(a), mediante estrategias relacionadas al vínculo maternal, al cuidado y protección del menor durante el embarazo y posterior a este.

### 8.2. Objetivos Específicos

- 8.2.1. Implementar acciones que permitan a la adolescente embarazada aumentar su autoestima y tener un auto concepto adecuado de sí misma para desarrollarse como una persona saludable tomando decisiones positivas y pertinentes de acuerdo a su capacidad y su valoración.
  - 8.2.2. Desarrollar estrategias que ayuden a la adolescente embarazada a establecer vínculos sociales, mediante el contacto interpersonal, la confianza y el compañerismo, potenciando en el futuro el apoyo social.
  - 8.2.3. Otorgar herramientas a las madres adolescentes para el desarrollo de una autonomía frente a los padres, a través de la continuidad de los estudios y la adquisición de competencias laborales que le permitan ser una persona independiente.
  - 8.2.4. Fomentar en la adolescente el establecimiento de un proyecto de vida incorporando a su hijo(a), mediante acciones basadas en la vinculación maternal, y en el cuidado y protección del menor durante el embarazo como en la etapa de crianza.
  - 8.2.5. Implementar estrategias que permitan la incorporación del padre en el embarazo y en la crianza, así como en la protección del menor mediante la vinculación el fortalecimiento del rol paternal.
  - 8.2.6. Fomentar un entorno adecuado para el menor, a través de la vinculación familiar con el niño(a), aumentando la aceptación de este y disminuyendo la frustración y rechazo hacia la adolescente y al embarazo.
-

## 9. MATRIZ LÓGICA DE ACTIVIDADES

**OBJETIVO ESPECÍFICO N° 1:** Implementar acciones que permitan a la adolescente embarazada aumentar su autoestima y tener un auto concepto adecuado de sí misma para desarrollarse como una persona saludable tomando decisiones positivas y pertinentes de acuerdo a su capacidad y su valoración.

INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN										
<p><u>Nº de sesiones efectivamente realizadas</u> ● 100</p> <p><u>Nº de sesiones planificadas</u></p> <p><u>Nº de asistentes a talleres recreativos</u> ● 100</p> <p><u>Nº total de talleres recreativos</u></p> <p><u>Nº de asistentes a talleres educativos</u> ● 100</p> <p><u>Nº total de talleres educativos</u></p> <p><u>Nº de evaluaciones psicosociales realizadas</u> ● 100</p> <p><u>Nº de evaluaciones psicosociales planificadas</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las adolescentes realizan el 60% de las actividades planificadas.</li> <li>❖ Un mínimo de asistencia de 50% a los talleres recreativos.</li> <li>❖ Un mínimo de asistencia de 50% a los talleres educativos.</li> <li>❖ Se espera realizar el 100% de las evaluaciones psicosociales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lista de todas las adolescentes embarazadas inscritas en el CGU de Belloto Sur.</li> <li>❖ Lista de las adolescentes inscritas al Proyecto de Intervención Psicosocial en Embarazo Adolescente</li> <li>❖ Lista de asistencia a las actividades que presidan por el objetivo específico N° 1.</li> </ul>										
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA/MES											
	Actividades en el embarazo						Actividades post embarazo					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aplicación de una entrevista psicosocial para identificar la autoestima y el auto concepto en la adolescente embarazada y así determinar si es necesaria una intervención futura. (Evaluación antes)	X											
Conformación de los grupos y contacto con las adolescentes que requieran intervención.	X											
Se crea motivación a través de la confianza y entrega de información (objetivos, aprendizajes y recompensas) acerca del taller o los talleres que tenga que asistir la adolescente embarazada.	X											
10 Talleres educativos para la autoestima y auto concepto a las adolescentes embarazadas		X	X	X								
10 Talleres recreativos para la autoestima		X	X	X								
Evaluación psicosocial de la autoestima y auto concepto de adolescente embarazada a realizar al término de las actividades (Evaluación después)				X								

**OBJETIVO ESPECÍFICO N° 2:** Desarrollar estrategias que ayuden a la adolescente embarazada a establecer vínculos sociales, mediante el contacto interpersonal, la confianza y el compañerismo, potenciando en el futuro el apoyo social.

INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN										
<p>Nº de amistades creadas en el grupo durante la intervención</p> <p><u>Nº de asistente a las dinámicas grupales</u> ● 100</p> <p>Nº de dinámicas grupales planificadas</p> <p><u>Nº de dinámicas grupales realizadas</u> ● 100</p> <p>Nº de dinámicas grupales planificadas</p> <p><u>Nº de actividades de trabajo en equipo realizadas</u> ● 100</p> <p>Nº de actividades de trabajo en equipo planificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El 50% de las adolescentes embarazadas establecen amistades al interior del grupo</li> <li>❖ El 50% de las adolescentes embarazadas asiste a las dinámicas grupales.</li> <li>❖ El 60% de las adolescentes realizan el total de las dinámicas grupales.</li> <li>❖ El 60% de las adolescentes realizan el total de las actividades de trabajo en equipo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Documento de evaluación de las actividades (evaluación después)</li> <li>❖ Lista de adolescentes que asiste a la evaluación de los talleres.</li> <li>❖ Lista de las adolescentes inscritas al Proyecto de Intervención Psicosocial en Embarazo Adolescente</li> <li>❖ Registro de participación en las actividades.</li> </ul>										
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA/MES											
	Actividades en el embarazo						Actividades post embarazo					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aplicación de una entrevista psicosocial para identificar el apoyo y vínculo social que posea la adolescente embarazada. (Evaluación antes)	X											
Conformación de los grupos y contacto con las adolescentes que requieran intervención.	X											
Se crea motivación a través de la confianza y entrega de información (objetivos, aprendizajes y recompensas) acerca del taller o los talleres que tenga que asistir la adolescente embarazada.	X											
Desarrollar 4 actividades que impliquen el conocimiento entre las adolescentes embarazadas (dinámicas de presentación, dinámicas de comunicación)		X	X									
Implementar 4 actividades que tengan como propósito la confianza (dinámicas de confianza)			X	X								
Efectuar 8 actividades que involucren el trabajo en equipo				X	X	X						
Evaluación de las actividades (Evaluación después)						X						

**OBJETIVO ESPECÍFICO N° 3:** Otorgar herramientas a las madres adolescentes para el desarrollo de una autonomía frente a los padres, a través de la continuidad de los estudios y la adquisición de competencias laborales que le permitan ser una persona independiente.

INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN										
<p>Nº de asistencia al colegio al término de la intervención</p> <p><u>Nº de sesiones socioeducativas efectivamente realizadas</u> ● 100</p> <p>Nº de sesiones socioeducativas planificadas</p> <p><u>Nº de talleres de capacitación efectivamente realizados</u> ● 100</p> <p>Nº de talleres de capacitación planificados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Las adolescentes deben tener un 20% más de asistencia (sumado al % de asistencia que tenían al principio de la intervención)</li> <li>❖ Las adolescentes deben tener un porcentaje de asistencia a los talleres de capacitación igual al 50%.</li> <li>❖ Las adolescentes deben tener un porcentaje de asistencia a las sesiones socioeducativas igual al 50%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lista de las adolescentes inscritas al Proyecto de Intervención Psicosocial en Embarazo Adolescente</li> <li>❖ Lista de asistencia a las capacitaciones</li> <li>❖ Lista de asistencia a las sesiones socioeducativas</li> <li>❖ Certificado de asistencia (documento de la institución educativa a la cual pertenece la adolescente)</li> </ul>										
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA/MES											
	Actividades en el embarazo						Actividades post embarazo					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Conformación de los grupos y contacto con las adolescentes que requieran intervención.	X											
Se crea motivación a través de la confianza y entrega de información (objetivos, aprendizajes y recompensas) acerca del taller o los talleres que tenga que asistir la adolescente embarazada.	X											
Realizar 3 sesiones socioeducativas para fomentar la continuidad de los estudios		X										
Coordinar con los establecimientos educativos los beneficios que tienen las adolescentes embarazadas		X										
Desarrollar 4 actividades educativas relativas a la búsqueda de empleo (curriculum vitae, entrevista personal, y otras)						X			X			
Implementar 12 talleres de capacitación para las adolescentes						X	X	X	X			
Evaluación de las capacitaciones									X			

**OBJETIVO ESPECÍFICO N° 4:** Fomentar en la adolescente el establecimiento de un proyecto de vida incorporando a su hijo(a), mediante acciones basadas en la vinculación maternal, y en el cuidado y protección del menor durante el embarazo como en la etapa de crianza.

INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN										
<p>Nº de sesiones educativas efectivamente realizadas ● 100 Nº de sesiones educativas planificadas</p> <p>Nº de asistente a talleres lúdicos ● 100 Nº total de talleres lúdicos</p> <p>Nº de entrevistas psicosociales realizadas ● 100 Nº de entrevistas psicosociales planificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El 50% asiste a los talleres lúdicos</li> <li>❖ El 50% asiste a las sesiones educativas</li> <li>❖ Aplicación de entrevista psicosocial realizadas al 100% de las adolescentes embarazadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lista de las adolescentes inscritas al Proyecto de Intervención Psicosocial en Embarazo Adolescente</li> <li>❖ Lista de asistencia a las actividades que se rijan por el Objetivo específico 4.</li> <li>❖ Evaluación antes y después de las adolescentes embarazadas.</li> </ul>										
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA/MES											
	Actividades en el embarazo						Actividades post embarazo					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aplicar entrevista psicosocial identificando el vínculo maternal y el proyecto de vida con el hijo(a). Identificando aquellos casos de embarazo no deseado. (evaluación antes)	X											
Se conforman los grupos y se contacta a las adolescentes que requieran intervención.	X											
Se crea motivación a través de la confianza y entrega de información (objetivos, aprendizajes y recompensas) acerca del taller o los talleres que tenga que asistir la adolescente embarazada.	X											
2 sesiones educativas en torno a las redes institucionales de apoyo a la crianza. (jardines infantiles, salas cunas)				X								
10 sesiones lúdicas de vinculo maternal		X	X	X								
Evaluar las actividades mediante una entrevista o test al final de las actividades.					X							

**OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 5:** Implementar estrategias que permitan la incorporación del padre en el embarazo y en la crianza, así como en la protección del menor mediante la vinculación el fortalecimiento del rol paternal.

INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN										
<p>Nº de sesiones socioeducativas efectivamente realizadas • 100                      Nº de sesiones socioeducativas planificadas</p> <p>Nº de asistentes a las sesiones socioeducativas • 100                      Nº total de sesiones socioeducativas</p> <p>Nº de entrevistas psicosociales realizadas • 100                      Nº de entrevistas psicosociales planificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ El 50% de los padres realizan las sesiones socioeducativas</li> <li>❖ El 50% de los padres asisten a las sesiones socioeducativas</li> <li>❖ El 100% de las entrevistas psicosociales se aplican a la adolescente y a su pareja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Lista de padres inscritos en las actividades.</li> <li>❖ Lista de asistencia de los padres</li> <li>❖ Registro de la entrevista psicosocial (evaluación antes y después)</li> </ul>										
ACTIVIDADES	CRONOGRAMA/MES											
	Actividades en el embarazo						Actividades post embarazo					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Identificar a las adolescentes embarazadas que estén actualmente con la pareja (padre del menor)	X											
Aplicar entrevista psicosocial a las adolescentes embarazadas y a sus parejas identificando rol paternal (evaluación antes)	X											
Se crea motivación a través de la confianza y entrega de información (objetivos, aprendizajes y recompensas)		X										
10 sesiones socioeducativas de vinculación paternal			X	X	X							
Evaluación psicosocial de la vinculación y desarrollo del rol paternal				X								

**OBJETIVO ESPECÍFICO Nº 6:** Fomentar un entorno adecuado para el menor, a través de la vinculación familiar con el niño(a), aumentando la aceptación de este y disminuyendo la frustración y rechazo hacia la adolescente y al embarazo.

INDICADORES	METAS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN											
<p>La familia de la adolescente debe crear un proyecto de vida de apoyo a la adolescente embarazada y a su hijo(a)</p> <p><u>Nº de entrevistas efectivamente realizadas</u> ● 100 Nº de entrevistas planificadas</p> <p><u>Nº de sesiones efectivamente realizadas</u> ● 100 Nº de sesiones planificadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ 100% en aplicación de entrevista a la familia de la adolescente.</li> <li>❖ 50% de las sesiones la deben realizar las familias (como mínimo dos miembros de la familia)</li> <li>❖ Proyecto de vida familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Entrevista a la familia de la adolescente</li> <li>❖ Entrevista a la adolescente embarazada</li> <li>❖ Registro de las intervenciones</li> </ul>											
ACTIVIDADES		CRONOGRAMA/MES											
		Actividades en el embarazo						Actividades post embarazo					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Aplicar una entrevista a la familia para identificar aspecto de apoyo, aceptación del embarazo y frustración.	X												
6 sesiones a la familia para promover el apoyo y vinculación con el embarazo			X				X						
3 sesiones para fomentar la creación de un proyecto de vida familiar basada en la adolescente embarazada y su hijo para el futuro.			X				X						
Evaluar tanto a la familia como a la adolescente en cuanto al apoyo familiar brindado, identificando avances en este aspecto.			X				X						

## 10. ORIENTACIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

---

### Períodos de intervención

Las actividades descritas en la matriz lógica están segmentadas en dos periodos de intervención: periodo de intervención durante el embarazo y periodo de intervención post embarazo. Esto se hace debido a que ciertas actividades requieren una mayor dedicación por parte de la adolescente y lo óptimo es que se desarrollen después del embarazo.

- ❖ Primer Periodo de intervención durante el embarazado: corresponde a todas las actividades, ya que la mayoría de los objetivos incluyen un momento principal de coordinación y conocimiento de las adolescentes a intervenir. Otras actividades tienen una mayor amplitud y son ejecutadas en los dos periodos. No obstante las actividades que se cumplen en el primer periodo de intervención son las correspondientes a los objetivos específicos N° 1, 2, 4 y 5.
- ❖ Segundo Periodo de intervención post embarazo: las actividades que se segmentan en dos tiempos son las que corresponden al objetivo específico N°3 Y N°6

### Entrevista Psicosocial

Las actividades deben iniciar y terminar con una entrevista psicosocial, con el objeto de evaluar las sesiones e identificar avances en los aspectos que se quiere intervenir.

La evaluación debe tener como objetivo la identificación de características de las adolescentes embarazadas, referentes a:

- ❖ Autoestima y auto concepto, identificando factores de una imagen personal.
  - ❖ Vínculos sociales, identificando las relaciones interpersonales de las adolescentes embarazadas, así como el desarrollo de actividades recreativas.
  - ❖ Autonomía frente a los padres, detectando aspectos que aumentan la dependencia, principalmente en el aspecto laboral, competencias laborales.
  - ❖ Vínculo maternal con el hijo(a), identificando aceptación, o satisfacción con el embarazo, y un proyecto de vida ligado al hijo(a), tanto para la adolescente embarazada como para su pareja.
  - ❖ Apoyo familiar, identificando el apoyo percibido por la familia de la adolescente, tanto apoyo emocional, económico e informacional.
-

## 11. ESTRATEGIAS DEL PROYECTO

---

### **Estrategia Socioeducativa**

La intervención debe ser principalmente socioeducativa, que apunte a producir transformaciones en los ejes centrales propuestos en los objetivos. La propuesta es estructurada en los siguientes módulos socioeducativos:

#### Para la adolescente embarazada:

- ❖ Taller educativo en el vínculo maternal y proyecto de vida
- ❖ Taller educativo orientado a la autonomía
- ❖ Taller educativo de competencias laborales.
- ❖ Taller educativo de autoestima y auto concepto

#### Para la pareja de la adolescente:

- ❖ Taller educativo en el vínculo paternal y proyecto de vida

#### Para la familia de la adolescente embarazada:

- ❖ Taller educativo en la vinculación con el embarazo y desarrollo del apoyo familiar.

### **Estrategia Recreativa o Lúdica**

Por estrategias recreativas o lúdicas se entiende a aquellas intervenciones que recogen la actitud del ser humano de asumir la vida desde la perspectiva de pensarse, proyectándose en valores y que busca que las personas ejerzan realmente el uso de su libertad para la creación espiritual, filosófica, social y humanística.

La propuesta de intervención debe contener estrategias recreativas o lúdicas ya que permiten a la adolescente embarazada disminuir el estrés favoreciendo una mayor salud mental. Estas estrategias están estrechamente relacionadas con el satisfacer necesidades de distensión y el crecimiento personal.

La estrategia recreativas o lúdicas deben ser utilizadas como complemento a las actividades educativas siempre que se quiera favorecer:

- ❖ El descanso, en cuanto a la liberación del estrés y los problemas asociados al embarazo y a la adolescencia.
  - ❖ La diversión, un recurso que disminuye el aburrimiento y la monotonía.
  - ❖ El desarrollo de la personalidad, en tanto posibilita una mayor interacción y el desarrollo de vínculos sociales.
-

---

### **Estrategia de la visita domiciliaria**

La visita domiciliaria es una estrategia relevante, ya que posibilita el acercamiento a la familia y el conocimiento de la estructura y funcionalidad de ésta. Permite ofrecer a la familia el apoyo profesional y la ayuda práctica.

En el embarazo adolescente, la técnica de la visita domiciliaria puede reducir los niveles de estrés de las adolescentes al proporcionar apoyo, habilidades saludables, y competencias en el cuidado del niño(a), para esto, la visita debe ser dirigida por un profesional de la salud capacitado en el tema del embarazo y maternidad tanto en la salud física, mental y social.

La visita puede ser utilizada complementariamente con las demás actividades, ya sea cuando una actividad sea conveniente realizarla a través de la visita domiciliaria.

A continuación se mencionan los usos de esta estrategia dentro del proyecto de intervención:

- ❖ Conocimiento del entorno familia y Fortalecer el apoyo familiar
- ❖ Seguimiento de las actividades y tareas que deba aplicar la adolescente embarazada.
- ❖ Fomentar el vínculo en la diada madre-hijo(a) durante el período post embarazo.
- ❖ Potenciar el rol del padre y de la madre frente al hijo(a) al embarazo.

### **Enfoque de género**

El enfoque de género, debe integrarse en la intervención tanto en las actividades como en la atención a las adolescentes embarazadas, principalmente en el desarrollo del rol de madre y padre.

Las estrategias se orientan a la educación de los derechos y deberes de la mujer y del hombre. A fomentar el rol que le corresponde a cada uno en el embarazo y la crianza y el desarrollo flexible de la compatibilización de roles.

### **Coordinación interinstitucional**

Para el desarrollo de las capacitaciones laborales se debe contactar con instituciones que realicen capacitaciones laborales y mejoramiento en la empleabilidad de manera acreditada. Se puede coordinar con Fundación Prodemu, la cual interviene en habilidades laborales y personales, además de otros proyectos laborales. Los requisitos son: ser mujer de entre 18 y 60 años, con un puntaje en la Ficha de Protección Social equivalente a 13.400 pts.

También se puede coordinar con la Oficina de la mujer de Quilpué.

---

## 12. DISEÑO PARA LA EVALUACIÓN

EVALUACIONES	PLAN DE TRABAJO E INSTRUMENTOS	PERIODICIDAD	RESPONSABLES
<b>De Procesos</b>	Entrevista psicosocial de evaluación inicial a la intervención	Aplicación única	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto
	Pauta de seguimiento del proceso de intervención en terreno (visita domiciliaria)	Mensual	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto
	Evaluación de las actividades/pauta de observación desarrollada en las sesiones.	Mensual	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto
	Evaluación de presupuestos/registro de ingresos y egresos al proyecto.	Trimestral	Director del proyecto
	Evaluación de efectividad de las estrategias	Mensual	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto
<b>De Resultados</b>	Entrevista psicosocial de evaluación después de intervención	Aplicación única	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto
	Autoevaluación grupal.	Aplicación única	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto
	Informe final del proyecto	Aplicación única	Director del proyecto Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur
<b>De los Usuarios (as)</b>	Encuesta de satisfacción a las adolescentes, respecto a los objetivos, y a la atención brindada.	Aplicación única	Equipo psicosocial del consultorio de Belloto Sur Director del proyecto

### 13. COORDINACIÓN TERRITORIAL

Actores/ sectores con quienes se coordinará	Área de vínculos y temas a trabajar en conjunto	Recurso(s) que se espera obtener /comprometer
Corporación Municipal de Quilpué	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Incorporación del proyecto al consultorio.</li> <li>❖ Acuerdos financieros y administrativos</li> </ul>	Recurso material y financiero
Coordinación con el(la) Director (a) del Consultorio de Belloto Sur:	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión informativa del proyecto.</li> <li>❖ Negociación de recurso institucional necesario para las actividades.</li> </ul>	Recurso Material o institucional
Coordinación con el equipo de salud del consultorio de belloto sur: Matrona, Asistente Social, Psicólogo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión informativa del proyecto.</li> <li>❖ Coordinación para la realización de las actividades</li> </ul>	Recurso Humano
Contacto y coordinación con capacitadores presentes en la comunidad para la realización de los talleres, laborales y otros de corte recreativo o lúdico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Entrega de información relacionada con el proyecto de intervención (objetivos y metas)</li> <li>❖ Acuerdos financieros</li> <li>❖ Coordinación para la realización de las actividades</li> </ul>	Recurso Humano
Coordinación con los establecimientos educativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Reunión informativa del proyecto con al autoridad máxima del colegio.</li> <li>❖ Búsqueda de alternativas (beneficios) para las adolescentes embarazadas.</li> </ul>	Recurso material

### 14. RECURSOS HUMANOS

Personal	Cantidad	Jornada de trabajo mínima (horas semanales)
Director del Proyecto	1	4
Asistente Social	1	3
Psicólogo	1	3
Capacitadores laborales	2	2

### 14.1. Características del Equipo Técnico y Profesional

Nombre	Profesión/Oficio	Experiencia en las temáticas específica	Funciones
Priscilla Barrea	Directora del proyecto	Ninguna	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Coordina las actividades y los recursos.</li> <li>❖ Planifica las actividades</li> <li>❖ Acompañamiento en la intervención psicosocial</li> <li>❖ Realiza estado de avance del proyecto</li> <li>❖ Evalúa el estado financiero del proyecto</li> </ul>
Susana Barahona	Asistente Social	Programa Chile Crece Contigo Intervención psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realiza intervención y atención a las adolescentes</li> <li>❖ Planifica las actividades</li> </ul>
Emilio Inostroza	Psicólogo	Intervención psicológica Taller de embarazo adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Realiza intervención y atención a las adolescentes</li> <li>❖ Planifica las actividades</li> </ul>

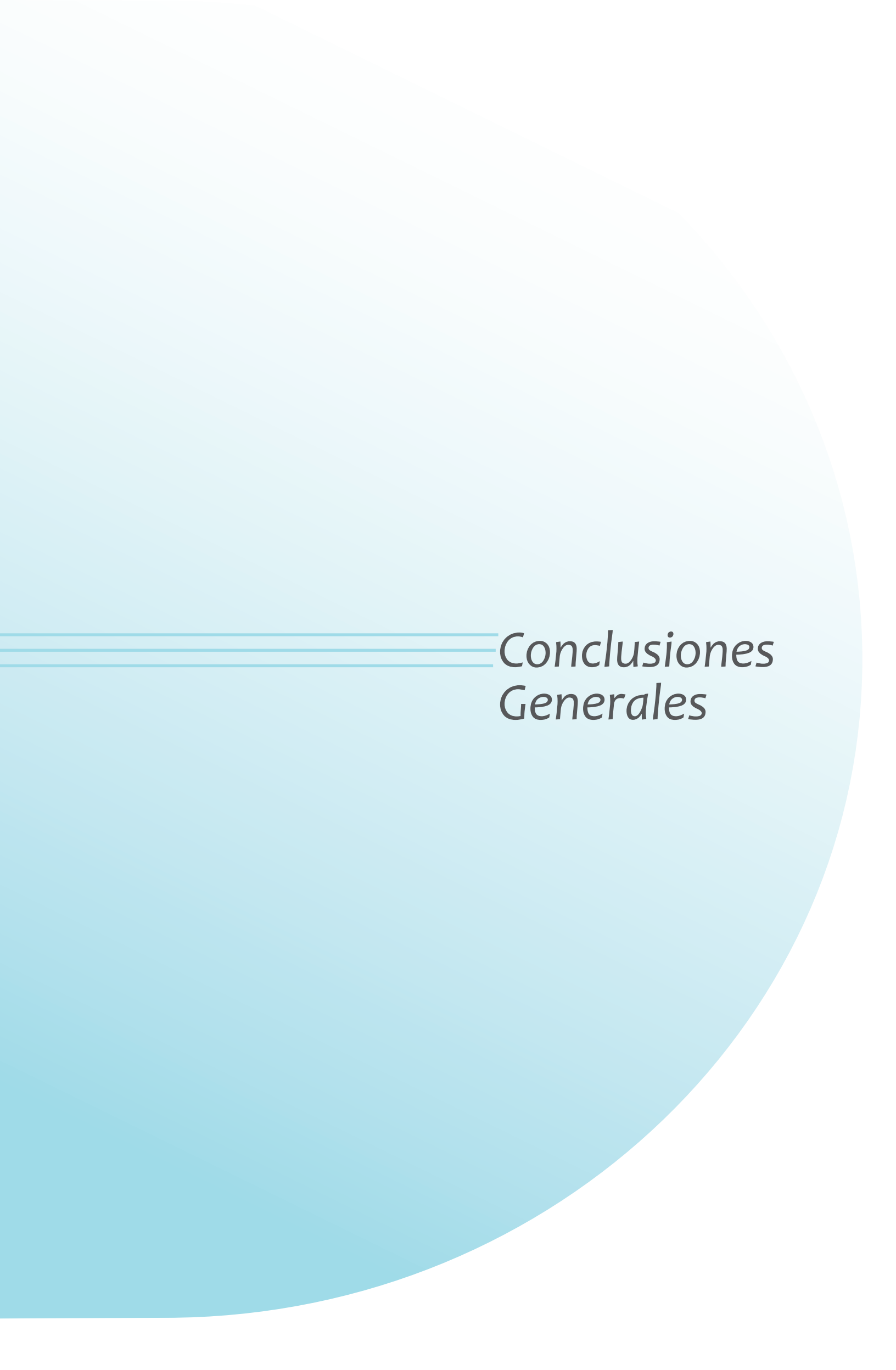
### 15. DESCRIPCIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA CON QUE CUENTA (O ESPERA CONTAR) EL PROYECTO, PARA EJECUTAR LA INTERVENCIÓN

---

El proyecto de intervención cuenta con la infraestructura del consultorio de Belloto Sur, al menos cuando exista la disposición de:

La sala de educación: esta dependencia del centro de salud, está habilitada con mesas y sillas, cuya capacidad es de aproximadamente para 30 personas.

---



---

---

# Conclusiones Generales

## CONCLUSIONES GENERALES

El seminario de título se propuso como objetivos la ejecución de una investigación en salud mental y el embarazo adolescente, ahondando en los significados y percepciones, así como identificando problemas y/o necesidades potenciales a intervenir. Posteriormente se crea una propuesta de intervención cuyos objetivos se derivan de los resultados e interpretaciones de la investigación.

Ambos objetivos se logran desarrollar en el período académico asignado para el seminario de título, correspondiente a marzo-octubre 2010.

### **Trabajo Social y Embarazo Adolescente**

El Embarazo Adolescente es un problema que afecta a todos los sectores sociales y económicos, pero principalmente a los sectores más pobres y marginales de nuestro país. Si bien las cifras han disminuido respecto a los años anteriores, no se debe ignorar los efectos negativos inmediatos y futuros que trae el embarazo para la adolescente y para su hijo(a), tanto en lo social, económico, psicológico y biomédico.

El Trabajo Social tiene como propósito básico, el estudio y tratamiento de los problemas sociales. Esto significa que cualquier situación problema o estado necesidad manifestada por el individuo, grupo o comunidad debe ser diagnosticado en pro de una intervención desde el enfoque social, que a partir de las ciencias sociales, aporta una solución adaptada al problema que trata.

Conocer el problema del embarazo adolescente mediante la perspectiva de las adolescentes embarazadas permitió a la seminarista introducirse en una realidad social cuyos efectos perjudican no sólo a la adolescente, sino también a su familia y especialmente al nonato, tanto en lo biomédico, social y psicológico.

Desde Trabajo Social la meta principal es estar al servicio de los más vulnerados, aquellas adolescentes embarazadas cuyo *estado de necesidad* demanda mayor bienestar para ellas y su hijo(a).

En este contexto, el (la) Trabajador Social, inserto en cualquier área, debe poseer suficientes herramientas teóricas y metodológicas para intervenir en el embarazo adolescente, pues se trata de un problema complejo, que atañe a una multiplicidad de

disciplinas, por lo tanto, la solución debe ser siempre integral, y enfocada no sólo a la adolescente, sino también al entorno familiar.

En cuanto al nivel de Atención Primaria de Salud, se considera una instancia apropiada para intervenir el embarazo adolescente, cuyo acercamiento a la comunidad permite un contacto próximo y accesibilidad expedita para la atención al paciente. Es aquí donde cobra sentido, la Visita Domiciliaria, cuya utilidad en el tratamiento del embarazo adolescente es obligatoria.

En resumen, Trabajo Social cumple un rol fundamental en estos aspectos ya que su bagaje teórico y metodológico basado en las ciencias sociales, y su conocimiento basado en la práctica social, concede una orientación multidisciplinaria y una integración teórico-práctica para intervenir la problemática del embarazo adolescente.

### **Con respecto a la Metodología**

En el estudio se utilizó la metodología cualitativa-interpretativa, considerada la más apta para examinar en el campo de estudio la problemática que se quería entender, esto porque dicho enfoque metodológico permitió conocer los significados y percepciones del embarazo en la adolescencia, desde su propio marco de referencia.

Se debe destacar el trasfondo humanista del enfoque cualitativo, el que permitió contar con herramientas apropiadas y éticas a la hora de recolectar información. Tanto los instrumentos de recolección de información como la postura del investigador (seminarista) en el campo de estudio estuvieron presididos por el compromiso, respeto, y libertad concedidos a las adolescentes embarazadas, teniendo presente la sensibilidad del tema que se abordaba.

Por otra parte, el marco teórico presenta características de un enfoque teórico relativamente nuevo en el área de salud mental. El Bienestar Psicológico apunta hacia la salud desde el punto de vista positivo, centrado en el bienestar y no en la enfermedad, lo que se atañe fundamentalmente al actual concepto de salud. Es por esto que la investigación se situó desde este enfoque, considerado como pertinente dentro de la salud.



## *Bibliografía*

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros

1. Alvaro J., Torregrosa J., Garrido A., (1996). *Psicología Social Aplicada*. (1ra ed.). Madrid: McGraw-Hill. p. 534
2. Amselem C., et al. (2009). *La ginecología en la adolescencia*. (1ra ed.). España: cultivalibros. P.94
3. Aylwin N., Solar M., (2003). *Trabajo Social Familiar*. (2da ed.) Santiago: Universidad Católica de Chile. p.326
4. Bardin L., (2002). *Análisis de contenido*. (1ra ed.). Madrid: Akal. p.183
5. Dides C., et al. (2008). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile. Santiago: Flacso-Chile. p.57
6. Donas S., (2001). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Cartago: Libro Universitario Regional. Capitulo: *Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?* por Ana Coll. p.493
7. Gil M., (2007). *Psicología Social y Bienestar*. (1ra ed.). Zaragoza: Prensas Universitaria de Zaragoza. p.355
8. Gilbert E., Harmon J., (2003). *Manual de embarazo y parto de alto riesgo*. Madrid: Elsevier. P.797
9. Hernández R., Fernández C., Baptista P., (2003). *Metodología de la investigación* (3ra. ed.) México: McGraw-Hill. p.705
10. Instituto Nacional de Estadísticas. (2005). *Estadísticas vitales*. Informe Anual 2005. Santiago. p. 410
11. Krippendorff, K., (1990) *Metodología de análisis de contenido*. Barcelona: Paidós. p.279
12. Macanche C., (2005). *Trastornos mentales de origen neurológico. Salud mental del niño de 0 a 12 años*. (1ra ed.). San José: EUNED. p. 320.
13. Margullis M., (2003). *Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultural en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. (1ra ed. Buenos Aires: Biblos p.302
14. Monroy A., (1990). *Salud, sexualidad y adolescencia. Guía práctica para integrar la orientación sexual en la atención de salud a los adolescentes*. (2da ed.) México: Pax México. p. 301
15. Monroy A., (2002) *Salud y Sexualidad en la Adolescencia y Juventud: Guía Práctica para Padres y Educadores*. (1ra ed.) México: Pax México. p.256
16. Organización mundial de la salud (1978), *Atención Primaria de Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata.
17. Organización Mundial de Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Ginebra. p.49
18. Pasten F., (1998), *Metodología de la Investigación Social* (3ra ed.) Valparaíso: Edeval. p.235
19. Perinat A., (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI*. (1ra ed.). Barcelona: UOC. p.270
20. PNUD (2010). *Innovar para incluir: jóvenes y desarrollo humano*. Informe sobre desarrollo humano para Mercosur 2009-2010.
21. Pujadas J., (2002). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. (2da ed.) Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. p.107
22. Rodríguez G., Gil J., García E., (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe. p.378
23. SERNAM, CORSAPS (1994). *Estrategia para la atención psicosocial de las jóvenes embarazadas*. Santiago: María Pía Albarracín. p.113
24. Stone J., et al. (1995). *Niñez y adolescencia*. (19va ed.). Buenos Aires: Lumen-Hormé. p.330
25. Valdivia M., et al. (2003). *Embarazo en Adolescentes Menores de 15 años: Una Evaluación desde la Interdisciplina*. Concepción: Universidad de Concepción.
26. Valles M., (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis. P.430
27. Zurro, M. (2003). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. (5ta ed.). Madrid: Elsevier.

### Artículos de Revistas

1. Aguirre V., (2007). *Tabaquismo durante el embarazo: Efectos en la salud respiratoria infantil*. (Vol.23, Nº. 3). pp. 173-178. Santiago: Rev. chil. enferm. respir.

2. Berman, P., (2000). *Organización de la atención de salud ambulatoria: un determinante decisivo del desempeño de los sistemas de salud en los países en desarrollo*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, (Vol. 78, Nº 6). pp. 791–802.
3. Blanco A., Diaz D., (2005). *El Bienestar Social: su concepto y medición*. (Vol. 17, Nº 4). pp. 582-589. Revista Psicothema. Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de psicológica.
4. García V., González I., Carmen, R., (2000). *La Categoría Bienestar Psicológico. Su Relación con otras Categorías Sociales*. Rev. Cubana Med. Gen Integr; (Vol. 16 Nº 6).
5. González R., et al. (2002). *Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes*. (Vol. 14, Nº 2). pp.363-368. Universidad de Valencia.
6. Gumucio M., *Desarrollo psicosocial y psicosexual durante la adolescencia*. Curso salud y desarrollo del adolescente. Módulo 1, lección 2. Escuela Médica de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
7. Maldonado M., Feintuch M., (2001). *Salud Mental del Bebé, Intervenciones durante el Embarazo*. (Vol. 15 Nº 1). Rev. Perinatol Reprod. Hum. pp. 31-41.
8. Mantilla W., et al. (2004). *El embarazo adolescente y la construcción de identidad*. Hallazgos - Revista de Investigaciones. Universidad Santo Tomás. pp. 186-206.
9. Montt M., Ulloa F., (1996). *Autoestima y salud mental en los adolescentes*. (Vol.19, Nº3).
10. Oliva A., Parra A., (2001). *Autonomía emocional durante la adolescencia*. (Vol.24 Nº2). pp. 181-196.
11. Oramas A., Santana S., Vergara A., (2007). *El Bienestar Psicológico, un Indicador Positivo de la Salud Mental*. Habana: Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores.
12. Repetur K., Quezada A., (2005). *Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas*. (Vol. 6 Nº 11). Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Digital Universitaria.
13. Romero A., García A., Brustad R., (2009). *Estado del arte, y perspectiva actual del concepto de Bienestar Psicológico en psicología del deporte*. (Vol. 41, Nº 2). Revista Latinoamericana de Psicología. Colombia: Fundación Universitaria Konrad Lorenz. pp. 335-347.
14. Salvatierra L., et al. (2005). *Auto concepto y proyecto de vida: percepciones de adolescentes embarazadas de un sector periférico de Santiago, participantes de un programa de educación para la salud*. (Vol.14 Nº 1). pp.141-152. Revista de psicología, Universidad de Chile.
15. Vizcarra M., et al. (2001). *Violencia conyugal en la ciudad de Temuco: Un estudio de prevalencia y factores asociados*. (Vol.129, Nº.12) Rev. méd. Chile. pp. 1405-1412.

### Tesis y Seminarios de Título

1. Calesso M., (2007). *Vínculo Afectivo y Estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada*. Tesis para optar al grado de Doctor en psicopatología infantil, del adolescente y de adulto. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona.
2. Lluch, M., (1999). *Construcción de una escala para evaluar la Salud Mental Positiva*. Tesis para optar al grado de Doctor en evaluación en ciencias del comportamiento: metodología y aplicaciones. Barcelona: Universidad De Barcelona.
3. Cornejo et al. (2000). *Percepción de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en Adultos Mayores: un estudio correlacional realizado en las comunas de Valparaíso y Viña Del Mar*. Seminario de título para optar al título profesional de psicólogo y grado académico de licenciado en psicología. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

### Sitios Web

1. Anónimo (2010). *Sistema De Salud: El Sistema De Salud Chileno*. Documento del colegio medico de Chile. Revisado el 13 de mayo del 2010. [www.colegiomedico.cl](http://www.colegiomedico.cl)

### Otros

1. Corporación Municipal de Quilpué. *Plan de Salud Comunal 2009-2010*.



*Anexos*

## ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

(Estructura y Pauta de preguntas)

---

### Explicación del propósito y alcance de la entrevista dirigida al sujeto participante:

---

*Esta entrevista tiene como objeto conocerte durante un breve tiempo, y principalmente saber cómo está tu embarazo y cómo te sientes tú al estar embarazada. Las preguntas son abiertas y simples de responder, puedes confiar en que la información será exclusivamente confidencial; es anónima y sólo se manejarán por personas capacitadas. Debes en lo posible, responder con la verdad pues, nadie te criticará y sólo escucharé atenta a lo que me digas.*

Nombre

Edad

Período de embarazo

Educación alcanzada

Fecha

Hora

---

### Contexto de la entrevista:

---

#### Pauta de Preguntas

1. ¿Qué significa para ti estar embarazada?
2. ¿Qué significa el aborto para ti?
3. Describe el momento cuando te enteraste de tu embarazo
4. ¿Has tenido algún miedo desde que te embarazaste?
5. ¿Te sientes preparada para ser madre? Porque
6. ¿Cómo era tu vida antes de embarazarte?
7. ¿Cuales crees tu que son las cosas buenas y malas que ha traído tu embarazo?
8. Descríbeme a tu familia
9. ¿Quién es tu apoyo fundamental y qué significa para ti?
10. ¿Qué opinas del padre del bebé? ¿Qué significa para ti?
11. ¿Qué significa para ti ser feliz?
12. ¿Qué valoras de tu vida?
13. ¿Te sientes satisfecha con tu vida...en qué sentido?
14. Describe el o los acontecimientos más alegre que hayas tenido en la infancia y en el embarazo
15. Describe el o los acontecimientos más tristes durante la infancia y en el embarazo
16. ¿Consumes drogas? Qué piensas de eso
17. Descríbeme cómo eres tú
18. ¿Cuáles son tus virtudes?
19. ¿Cuales son tus defectos?
20. ¿Qué significa la amistad para ti?
21. ¿Cómo deben ser los amigos para ser amigos de verdad?
22. ¿Qué actividades realizan juntos(as)?
23. ¿Cuáles son tus propósitos en la vida?
24. ¿Cuáles eran tus propósitos antes de embarazarte?
25. Describe tu proyecto de vida con tu hijo(a)
26. ¿Qué piensas de tu independencia frente a tu familia y pareja?
27. Escríbele una carta a tu hijo