



TESIS DOCTORAL

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA. UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

NOELIA CASANUEVA CARMONA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA

2017



TESIS DOCTORAL

**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA. UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

NOELIA CASANUEVA CARMONA

Conformidad de los directores de la Tesis:

Maria Isabel Fajardo Caldera

Florencio Vicente Castro

2017

AGRADECIMIENTOS

Como si de una gestación se tratase, todos los conocimientos que en esta Tesis Doctoral se depositan, han ido gestándose durante varios meses, en los que han podido evolucionar, gracias en parte, a todas aquellas personas que aportaron conocimientos, vivencias y experiencias, y que dieron sentido y continuidad al estudio de este tema.

Dicen que los comienzos nunca son fáciles. Hace seis años, gracias a mi profesora M^a Isabel Fajardo Caldera hizo que llegara a mi vida un tema de investigación: *“la gestación adolescente”*, y sin saber ni cómo ni por qué, un día descubrí que sería yo quien habría llegado hasta él por primera vez. Todo tiene su sentido, de modo que, como cualquier gestante que está esperando un bebé, el proceso de investigación se convirtió en un estímulo para mí, y aunque colmaría de incertidumbre e inseguridad algunos momentos de mi vida, principalmente me ayudó a crecer y me aproximó a un tema del que era difícil poder tomar distancia.

De ese modo, cual gestante, fui aproximándome a una realidad que involucraba un núcleo importante de factores. Aunque este tema genere bastante interés social, no es una realidad temática simple o acuciante en cuanto a su estructuración, como sí ocurre detrás de otros temas de investigación más abordados en nuestro país dentro de la psicología evolutiva. Razón de más, para que este cúmulo de deseos durante este primer proceso de investigación me impulsara a seguir manteniendo en marcha lo que ya, desde la primera idea se había gestado.

A mitad de la *“gestación”*, comencé a asistir a los primeros congresos, ellos hicieron que, cual movimiento fetal o primera ecografía, pudiera compartir con otros lo alcanzado, esto de alguna manera mitigó ciertos sentimientos de inquietud, que convivieron con una clara motivación y esfuerzo personal. En este periodo cargado de ilusión y expectativas, emprendí e inicié el contacto con la muestra, que sería mi principal objeto de preocupación. Es a ellas, a las gestantes adolescentes que apostaron por este tema y decidieron *“hacerse escuchar”*, a las que agradezco el privilegio de poder haber compartido una realidad impregnada de tan exquisita sensibilidad. Por ello, especialmente a una de ellas, por su paciencia infinita durante todo el embarazo y maternidad, agradezco su especial implicación en la investigación, y a ella quiero expresarle la gran suerte que me ha supuesto poder conocerla, pues me ha hecho descubrir los altibajos y los conflictos psicológicos que muchas veces impregnan esta realidad.

Gracias a fundaciones sin ánimo de lucro como Provida, Red Madre o la ayuda de algunas matronas y algunos centros asistenciales, fui avanzando en el conocimiento de esta realidad y así fui aproximándome al tramo final del *“embarazo”*.

Con todo mi afecto y admiración, quiero agradecer en primer lugar, a la directora. M^a Isabel Fajardo Caldera su inestimable ayuda y acompañamiento, pues fue quien desde un principio

alentó mi aprendizaje, fue quien me hizo comprender qué tipo de deseos y motivaciones podían subyacer a estas gestaciones y cómo una historia vital detrás, cargada de carencias, trascienden en cada comportamiento y opinión que ellas protagonizan. Isabel me impulsó y fue quien de forma instintiva me condujo a conocer más del “*desarrollo psicológico femenino*”, pues al igual que en “*la esterilidad psicógena*”, la manifestación de los conflictos que experimentan tanto la mujer que está embarazada, como la que aún no puede estarlo, constituyen una realidad compleja. Su interés, sabiduría y motivación son un privilegio para mi proyecto. A nivel personal, igualmente le agradezco el tiempo compartido, el cual ha favorecido esta construcción conjunta. Es por ello, que la considero también, parte artífice de este proyecto y un pilar sustancial en mi aprendizaje académico y personal.

Y en esta línea de agradecimientos, también quiero dar las gracias a Florencio Vicente Castro, por su asesoramiento, colaboración y paciencia; por saber bien cómo encauzar, reorientar, y dar coherencia a algunas de las dudas que siempre aparecen. Sin el entusiasmo, sabiduría y confianza de ambos, sería difícil que este trabajo viera la luz

Es pertinente reconocer y agradecer a Pilar Javato, quien fue presidenta de Red Madre Extremadura, el permitirme indagar en este tema y posibilitar el contacto con personas significativas para la investigación. Asimismo, hago extensivo el agradecimiento al resto de profesionales que han posibilitado que abriera los ojos ante una realidad que demandaba atención.

No tendría sentido finalizar los agradecimientos sin hacer especial mención a las personas de mi entorno más inmediato: familia y amigos, que tal vez sin ser conscientes de ello, son los que, sin duda, me han transmitido “*fe ciega*” haciendo que la dedicación y el esfuerzo fuesen más llevaderos.

A todos mis amigos, en especial a Raquel, M^a del Mar, Amalia y Estrella hago extensivo mi agradecimiento, pues me han alentado en algunos momentos dándome consejos y apoyo, siendo pilares importantes presentes a cada paso que doy en la vida. No pueden faltar tampoco, mis compañeros de trabajo y amigos, especialmente Teresa, Gonzalo, Edu y Gema, con ellos he compartido algunos de los primeros sinsabores que se producen cuando hay que compaginar trabajo e investigación. Aunque el camino puede ser incierto, uno puede aprovechar la ocasión para aprender, y gracias a ellos, tengo el ejemplo vivo de cómo ser verdaderos maestros en la profesión y en la vida.

Como no podía ser de otra forma, mucho de lo conseguido se lo debo sin duda a mis abuelos, y a su alentadora comprensión, son desde que era una niña hasta día de hoy, mi principal apoyo moral. Ellos me inculcaron valores que me acompañarán siempre como ejemplo de vida. Ama ha sido para mí una segunda madre y ahora además, una amiga y compañera de vida. Asimismo,

también doy las gracias a mi abuelo Juan que siempre está detrás de muchas decisiones importantes, ofreciéndome consejo y cariño; y a mi tío Javier, por haberme transmitido la importancia de poner alma y corazón en aquello que emprendemos.

Particularmente, quiero expresar un inmenso agradecimiento a mi padre por su cariño y por su ejemplo vital de esfuerzo, constancia, dedicación y amor por el trabajo bien hecho. Eres para mí un modelo a seguir en la vida. Asimismo, a mis hermanos María, Lara y Nacho quiero agradecerles sus abrazos e historias, proporcionándome siempre el equilibrio y la alegría que necesito en cada momento.

Por último, quiero hacer especial mención a dos personas, pues sin ellas, no tendría sentido alguno este proyecto. Una de ellas es mi madre, pues es la persona que me hizo descubrir que de alguna manera yo inconscientemente había llegado a este punto por alguna razón. Por ser ella, madre adolescente, la persona que mejor ha inspirado este proyecto. Pero también, por ser ella, un ejemplo de superación como muchas otras gestantes y un ejemplo de vida. Ella es la prueba fehaciente de que todo se puede conseguir si uno lo desea con todas sus fuerzas. Gracias a ella puedo hoy versar sobre el tema no sólo desde el conocimiento y la razón, sino desde el corazón puesto en cada palabra del trabajo.

Por último, mi mayor reconocimiento va para Jaime, porque a pesar del desconcierto, el desánimo o la desesperación que me han invadido durante tantos momentos del proceso de investigación, has sabido siempre ser sustento seguro, has sabido acompañarme siempre de la mejor forma posible y has sabido comprenderme dedicando tu tiempo en que yo pueda cumplir mi sueño. Gran parte de esta “*gestación*” te la debo a ti y a tu forma de ver el mundo.

Siendo conocedores de la escasez de publicaciones que en nuestro país versan sobre esta temática de estudio, a continuación, dará comienzo una pequeña aproximación psicosocial a este proceso gestacional tan particular: *el embarazo que tiene lugar en la adolescencia*.

*A mis padres y abuelos,
Quienes algún día me inculcaron:
“Haz lo necesario para lograr tu más ardiente deseo, y acabarás lográndolo”
Ludwig van Beethoven (1770.1827).*

RESUMEN

La gestación en la adolescencia constituye una realidad psicosocial compleja. Artículos de investigación publicados en las últimas décadas han favorecido un modesto avance del conocimiento sobre esta problemática, constatando que sus consecuencias son múltiples y afectan a diferentes ámbitos de la vida de la adolescente. Adaptarse a las modificaciones que una gestación y maternidad implican, supone para ellas un auténtico desafío vital. Se concibe, pues, esta investigación como un medio que pretende aunar planteamientos teóricos y empíricos con el objeto de poder concretizar algunas evidencias y propuestas de cambio que den visibilidad al tema.

Para tal efecto, el marco teórico presentado se articulará en torno al conocimiento de la realidad de la gestante adolescente y pondrá de relieve su naturaleza multidimensional y compleja, así como el grado de inconsistencia existente entre algunas investigaciones. Simultáneamente, el marco empírico aportará un estudio científico exhaustivo de variables, con el objeto de conocer cómo es este proceso gestacional en una muestra de 56 adolescentes españolas de entre 14 y 20 años.

La Tesis concluye con una exposición de aseveraciones relativas al papel que desempeñan en la gestación, múltiples variables como: “el apoyo de la pareja”, “el afecto recibido en la infancia” o determinados “rasgos de personalidad”. Las conclusiones cuestionan la influencia inmediata, directa y única de la variable “edad” como predictora de problemas de adaptación al embarazo. Cabe añadir, que dados los efectos adversos de la gestación adolescente y siendo conocedores del impacto positivo que ejerce el apoyo de las iguales sobre ellas, se ha diseñado un programa de intervención que propone como reto fundamental: *“anticipar la identificación de la adolescente con el rol materno antes del nacimiento de su bebé, preparándola así, para una maternidad más positiva, responsable y regulada”*.

PALABRAS CLAVE

Embarazo, adolescente, adaptación, maternidad, gestantes, programa, intervención.

ABSTRACT

The pregnancy in the adolescence constitutes a reality psicosocial complex and a motive of worry for different sectors of the company. Articles of investigation published in the last decades have favored a modest advance of the knowledge on these problematics, stating that his consequences are multiple and concern different areas of the life of the teenager. To adapt to the modifications that a gestation and maternity imply, he supposes for them an authentic vital challenge. This investigation is conceived, so, as a way that tries to unite theoretical and empirical expositions in order are able determine some evidences and offers of change that give visibility to the topic.

The theoretical framework presented will be articulated around the knowledge of the reality of the adolescent pregnant and will highlight its multidimensional and complex nature, as well as the degree of inconsistency among some investigations. Simultaneously, the empirical framework will provide a comprehensive scientific study of variables, to know how this gestational process is in a sample of 56 Spanish adolescents aged between 14 and 20 years.

The Thesis concludes with an exhibition of affirmations relative to the paper that they recover in the gestation, multiple variables as: the support of the pair, the affection received in the infancy or certain features of personality. The conclusions question the immediate, direct and only influence of the variable age as predictor of problems of adjustment to the pregnancy. It is necessary to add, that given the adverse effects of the teen gestation and being connoisseurs of the positive impact that exercises the support of the equal ones on them, there has been designed a program of intervention that proposes as fundamental challenge: *" to anticipate the identification of the teenager with the mother role before the birth of his baby, preparing her this way, for a more positive, responsible and regular maternity "*.

KEY WORDS

Pregnancy, adolescent, adaptation, maternity, pregnant, program, intervention.

ÍNDICE

| | Páginas |
|--|---------------|
| Capítulo 1..... | 29 |
| LA GESTACIÓN ADOLESCENTE EN PSICOLOGÍA..... | 29 |
| 1.1. Ser adolescente | 29 |
| 1.2. Ser gestante | 38 |
| 1.3. Ser gestante y adolescente | 39 |
| 1.4. Breve recorrido histórico de la gestación y el papel de la gestante en la literatura psicológica y social hasta finales del siglo XX..... | 42 |
| 1.5. Breve recorrido histórico de la gestación adolescente española en la literatura psicológica y social desde finales del siglo XX hasta la actualidad. | 49 |
| Capítulo 2..... | 55 |
| EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA GESTACIÓN ADOLESCENTE EN LA ERA ACTUAL..... | 55 |
| 2.1 Breve aproximación a la actualidad y epidemiología de la gestación adolescente en el mundo. | 55 |
| 2.2 Actualidad del embarazo adolescente en España..... | 61 |
| 2.3 El embarazo adolescente en Extremadura: situación actual | 66 |
| Capítulo 3..... | 71 |
| APROXIMACIÓN A LOS TIPOS DE CAMBIOS QUE SE PRODUCIRÁN DURANTE LA GESTACIÓN ADOLESCENTE | 71 |
| 3.1 Cambios físicos en la gestante adolescente | 74 |
| 3.2 Cambios psicológicos y sociales interrelacionados | 77 |
| 3.3 Cambios: adquisición de nuevas responsabilidades | 80 |
| Capítulo 4..... | 85 |
| MODELOS TEÓRICOS CAUSALES EXPLICATIVOS SOBRE LA GESTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA..... | 85 |
| 4.1 El modelo cognitivo..... | 88 |
| 4.2. Modelo comportamental | 91 |

| | |
|---|------------|
| 4.3. Modelo psicosocial | 93 |
| Capítulo 5..... | 101 |
| HISTORIA DE VIDA FAMILIAR, ANTECEDENTES EN EL DESARROLLO DE UNA GESTACIÓN TEMPRANA | 101 |
| 5.1. Inestabilidad familiar antecedente a la gestación..... | 103 |
| 5.2. Carencias afectivas en el seno familiar: ausencia paterna. | 108 |
| 5.3. Presencia de deseos..... | 116 |
| Capítulo 6..... | 121 |
| RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN LA GESTACIÓN ADOLESCENTE | 121 |
| 6.1. Vulnerabilidad gestante: preocupaciones y dificultades..... | 123 |
| 6.2. Fortaleza gestante: motivaciones, significación en el proyecto de vida, percepción de los movimientos fetales | 142 |
| Capítulo 7..... | 155 |
| ENTORNO SOCIAL DE LA GESTANTE..... | 155 |
| 7.1 El papel del apoyo social en la gestación adolescente..... | 155 |
| Capítulo 8..... | 175 |
| EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN LA GESTACIÓN..... | 175 |
| 8.1. La gestante adolescente y su adaptación a la maternidad: experiencias de cambio durante el embarazo. | 175 |
| 8.2. Repercusión de una intervención adecuada en el desarrollo de la gestante y del nuevo ser..... | 182 |
| Capítulo 9..... | 185 |
| ADAPTACIÓN A LA GESTACIÓN Y MATERNIDAD | 185 |
| 9.1. Aceptación/adaptación: diferenciación y relación entre ambos conceptos..... | 185 |
| 9.2 La aceptación y adaptación a lo largo del embarazo: modificaciones y reacciones de la gestante | 189 |
| 9.3 Aceptación y su vinculación al rol materno en el proceso gestacional..... | 193 |
| 9.4. Adaptación durante el proceso de gestación adolescente | 195 |
| Capítulo 10..... | 203 |
| METODOLOGÍA..... | 203 |
| 10.1 Delimitación del problema: planteamiento de la investigación..... | 203 |
| 10.2. Hipótesis de investigación | 204 |

| | |
|---|------------|
| 10.3. Propuesta metodológica..... | 206 |
| 10.4. La muestra: objeto de investigación..... | 206 |
| 10.5 Variables principales de investigación..... | 208 |
| 10.6. Diseño de investigación y procedimiento de recogida de datos..... | 209 |
| 10.7 Instrumentos de medida..... | 210 |
| 10.8 Análisis de los datos..... | 213 |
| Capítulo 11..... | 215 |
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS..... | 215 |
| 11.1 Caracterización descriptiva sociodemográfica..... | 215 |
| 11.2 Cuestionario de Evaluación Prenatal (Armengol et al. 2007)..... | 236 |
| 11.3. “Cuestionario de Valoración del Matrimonio de los Padres y Experiencia Afectiva en la Infancia” (Vallejo, 1998). | 316 |
| 11.4. Cuestionario de Valoración de rasgos emocionales de personalidad para la gestante adolescente (Vallejo, 1998). | 329 |
| 11.5. Análisis inferencial de correlaciones: “Cuestionario de Valoración de Matrimonio de los padres y Experiencia Afectiva en la infancia” y “Cuestionario de Rasgos emocionales de Personalidad”. | 340 |
| 11.6 Análisis inferencial, correlación de ítems correspondientes a todos los cuestionarios y discusión de resultados. | 343 |
| 11.7. Diseño factorial. Análisis del efecto de diferentes variables independientes sobre una variable dependiente: Adaptación al embarazo..... | 351 |
| Capítulo 12..... | 395 |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 395 |
| Capítulo 13..... | 405 |
| PRESENTACIÓN DE CONCLUSIONES..... | 405 |
| 13.1. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo sociodemográfico de la muestra objeto de estudio. | 406 |
| 13.2. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo del Cuestionario de Evaluación Prenatal de Armengol et al. (2007)..... | 408 |
| 13.3. Conclusiones obtenidas a partir del análisis inferencial de hipótesis formuladas en Cuestionario de Evaluación Prenatal. | 409 |
| 13.4. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo de la valoración del matrimonio de los padres de las gestantes y el afecto recibido por ellos en la infancia (Vallejo, 1998). | 410 |
| 13.5. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo de los rasgos emocionales de personalidad (Vallejo, 1998)..... | 412 |

| | |
|--|------------|
| 13.6. Conclusiones extraídas a partir del análisis de las correlaciones en: Cuestionario de Evaluación Prenatal, Cuestionario de Valoración de Matrimonio de los padres y afecto recibido por ellos en la infancia y Cuestionario de Rasgos Emocionales de Personalidad. | 414 |
| 13.7. Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial | 416 |
| Capítulo 14 | 421 |
| LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN | 421 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 425 |
| ANEXOS | |
| Anexo I | 487 |
| ESTUDIO DE UN CASO | 487 |
| Anexo II | 497 |
| RECOLECCIÓN CUALITATIVA DE DATOS: ENTREVISTAS | 497 |
| Entrevista I: Historia personal y vida familiar, relaciones con personas significativas | 497 |
| Entrevista II: Fortaleza y debilidad en la gestación adolescente | 518 |
| Anexo III | 541 |
| Anexo IV | 543 |
| Anexo V | 545 |
| Anexo VI | 547 |
| PROGRAMA DE INTERVENCIÓN | 543 |
| ÍNDICE DE TABLAS | |
| Tabla 11.1. Estadísticos de frecuencias. Edad de las gestantes | 216 |
| Tabla 11.2 Parámetros descriptivos: media, mediana y moda. Edad de las gestantes | 217 |
| Tabla 11.3. Estadísticos de frecuencias. Planificación del embarazo | 217 |
| Tabla 11.4 Estadísticos de frecuencias. Ocupación durante el embarazo | 218 |
| Tabla 11.5 Estadísticos de frecuencias. Estdo civil | 220 |
| Tabla 11.6. Estadísticos de frecuencias. Nivel cultural | 222 |
| Tabla 11.7. Estadísticos de frecuencias. Nivel socioeconómico | 223 |
| Tabla 11. 8. Estadísticos de frecuencias. Tipos de familia a la que pertenece como hija | 225 |
| Tabla 11.9 Estadísticos de frecuencias. Cambios de residencia durante la gestación | 226 |
| Tabla 11.10 Estadísticos de frecuencias. Personas con las que residía antes de la gestación | 226 |
| Tabla 11.11. Estadísticos de frecuencias. Personas con las que reside durante la gestación | 227 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 11.12. Estadísticos de frecuencias. Participación en redes sociales..... | 228 |
| Tabla 11.13. Estadísticos de frecuencias. Personas que más apoyo proporcionan..... | 229 |
| Tabla 11.14 Estadísticos de frecuencias. Personas apoyo indiferente..... | 230 |
| Tabla 11.15 Estadísticos de frecuencias. Personas menos apoyo proporcionan..... | 231 |
| Tabla 11.16. Estadísticos de frecuencias. Personas que más ha decepcionado a la gestante..... | 232 |
| Tabla 11.17. Estadísticos de frecuencias. Percepción sobre las causas de embarazo..... | 234 |
| Tabla 11.18. Estadísticos de frecuencias. Circunstancias y problemas específicos..... | 234 |
| Tabla 11.19. Estadísticos medias. Dimensiones del proceso de gestación..... | 238 |
| Tabla 11.20. Estadísticos de medias. Dimensiones del proceso y relación con el padre..... | 239 |
| Tabla 11.21. Estadísticos de medias. Dimensión aceptación del embarazo..... | 240 |
| Tabla 11.22. Estadísticos de frecuencias. Dimensión aceptación del embarazo..... | 240 |
| Tabla 11.23. Estadísticos de frecuencias. Ítem 1..... | 241 |
| Tabla 11.24. Estadísticos de medias. Ítem 1..... | 241 |
| Tabla 11.25. Estadísticos de frecuencias. Ítem 33..... | 243 |
| Tabla 11.26. Estadísticos de medias. Ítem 33..... | 243 |
| Tabla 11.27. Estadísticos de frecuencias. Ítem 2..... | 244 |
| Tabla 11.28. Estadísticos de medias. Ítem 2..... | 244 |
| Tabla 11.29. Estadísticos de medias. Ítem 34..... | 246 |
| Tabla 11.30. Estadísticos de medias. Dimensión relación con el padre del hijo..... | 249 |
| Tabla 11.31. Estadísticos de medias. Preparación al parto..... | 254 |
| Tabla 11.32. Estadísticos de medias. Todos los ítems de dimensión preparación al parto..... | 255 |
| Tabla 11.33. Estadísticos de medias. Calidad de relación con la madre..... | 260 |
| Tabla 11.34. Estadísticos de frecuencias. Mi madre ya espera a su nieto..... | 262 |
| Tabla 11.35. Estadísticos de medias. Preocupación por el embarazo. | 269 |
| Tabla 11.36. Estadísticos de medias. Preocupación por el embarazo. Todos los ítems..... | 270 |
| Tabla 11.37. Estadísticos de frecuencias. Ítem 18..... | 271 |
| Tabla 11.38. Estadísticos de frecuencias. Ítem 21..... | 272 |
| Tabla 11.39. Estadísticos de frecuencias. Ítem 25..... | 272 |
| Tabla 11.40. Estadísticos de frecuencias. Ítem 30..... | 273 |
| Tabla 11.41. Estadísticos de frecuencias. Ítem 37..... | 273 |
| Tabla 11.42. Estadísticos de medias. Identificación satisfactoria con el rol materno..... | 275 |
| Tabla 11.43. Estadísticos de medias. Identificación satisfactoria con el rol materno..... | 275 |
| Tabla 11.44. Estadísticos de frecuencias. Ítem 40..... | 276 |
| Tabla 11.45. Estadísticos de frecuencias. Ítem 41..... | 277 |
| Tabla 11.46. Estadísticos de frecuencias. Ítem 39..... | 277 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 11.47. Estadísticos de frecuencias. Ítem 39..... | 278 |
| Tabla 11.48. Estadísticos de frecuencias. Ítem 42..... | 279 |
| Tabla 11.49. Estadísticos de medias. Ítem 42..... | 279 |
| Tabla 11.50. Estadísticos de frecuencias. Ítem 42..... | 280 |
| Tabla 11.51. Estadísticos de medias. Calidad de relación con el padre..... | 282 |
| Tabla 11.52. Estadísticos de frecuencias. Calidad de relación con el padre..... | 282 |
| Tabla 11.53. Estadísticos de frecuencias. Ítem 43..... | 283 |
| Tabla 11.54. Estadísticos de frecuencias. Mi padre me da buenos consejos..... | 283 |
| Tabla 11.55. Estadísticos de frecuencias. Mi padre ya espera a su nieto..... | 284 |
| Tabla 11.56. Estadísticos de frecuencias. Cuando mi padre y yo estamos juntos discutimos..... | 285 |
| Tabla 11.57. Estadísticos de frecuencias. Mi padre me da ánimos cuando dudo de mi misma..... | 286 |
| Tabla 11.58. Estadísticos de frecuencias. Mi padre me anima a hacer las cosas a mi manera..... | 286 |
| Tabla 11.59. Estadísticos de medias. Adaptación al embarazo sin tener en cuenta la figura paterna..... | 288 |
| Tabla 11.60. Estadísticos de medias Adaptación al embarazo en función de la figura paterna..... | 288 |
| Tabla 11.61. Correlación de Spearman. Ítem 1 y aceptación..... | 291 |
| Tabla 11.62. Variables predictores y dependientes. Ítem 1 y aceptación..... | 291 |
| Tabla 11.63. Tabla Anova. Ítem 1 y aceptación..... | 292 |
| Tabla 11.64. Variables predictoras y dependientes. Ítem 1 y aceptación..... | 292 |
| Tabla 11.65. Variables predictoras Rho Spearman. Ítem 2 y aceptación..... | 293 |
| Tabla 11.66. Variables predictoras. Ítem 2 y aceptación..... | 293 |
| Tabla 11.67. Tabla Anova. Ítem 2 y aceptación..... | 294 |
| Tabla 11.68. Variables predictoras. Ítem 2 y aceptación..... | 294 |
| Tabla 11.69. Variables predictoras (Rho Spearman). Ítem 2 y aceptación..... | 295 |
| Tabla 11.70. Correlación de Spearman. Ítem 3 y adaptación. | 295 |
| Tabla 11.71. Variables predictoras. Ítem 3 y adaptación..... | 296 |
| Tabla 11.72. Tabla Anova. Ítem 3 y adaptación..... | 296 |
| Tabla 11.73. Variables predictoras (Rho Spearman). Ítem 3 y adaptación..... | 297 |
| Tabla 11.74. Variables predictoras y dependientes. Ítem 3 y adaptación..... | 297 |
| Tabla 11.75. Tabla de correlación de Spearman. Ítem 20 y adaptación..... | 298 |
| Tabla 11.76. Variables predictoras. Ítem 20 y adaptación..... | 299 |
| Tabla 11.77. Tabla de Anova. Ítem 20 y adaptación..... | 299 |
| Tabla 11.78. Variables predictoras. Ítem 20 y adaptación..... | 300 |
| Tabla 11.79. Variables predictoras. Ítem 20 y adaptación..... | 300 |
| Tabla 11.80. Tabla de correlación de Spearman. Ítem 31 y adaptación..... | 301 |
| Tabla 11.81. Variables predictoras. Ítem 31 y adaptación..... | 302 |
| Tabla 11.82. Tabla de Anova. Ítem 31 y adaptación..... | 302 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 11.83. Variables predictoras. Ítem 31 y adaptación..... | 303 |
| Tabla 11.84. Variables predictoras. Ítem 31 y adaptación..... | 303 |
| Tabla 11.85. Tabla de correlación de Spearman. Ítem 33 y aceptación..... | 304 |
| Tabla 11.86. Variables predictoras. Ítem 33 y aceptación..... | 304 |
| Tabla 11.87. Tabla de Anova. Ítem 33 y aceptación..... | 305 |
| Tabla 11.88. Variables predictoras. Ítem 33 y aceptación..... | 305 |
| Tabla 11.89. Variables predictoras. Ítem 33 y aceptación..... | 305 |
| Tabla 11.90. Tabla de correlación de Spearman. Ítem 34 y aceptación..... | 306 |
| Tabla 11.91. Variables predictoras. Ítem 34 y aceptación..... | 307 |
| Tabla 11.92. Tabla de Anova. Ítem 34 y aceptación..... | 307 |
| Tabla 11.93. Variables predictoras. Ítem 34 y aceptación..... | 308 |
| Tabla 11.94. Variables predictoras. Ítem 34 y aceptación..... | 308 |
| Tabla 11.95. Tabla de correlación de Spearman. Ítem 38 y adaptación..... | 309 |
| Tabla 11.96. Variables predictoras. Ítem 38 y adaptación..... | 309 |
| Tabla 11.97. Tabla de Anova. Ítem 38 y adaptación..... | 310 |
| Tabla 11.98. Variables predictoras. Ítem 38 y adaptación..... | 310 |
| Tabla 11.99. Variables predictoras. Ítem 38 y adaptación..... | 310 |
| Tabla 11.100. Tabla de correlación de Spearman. Aceptación y adaptación..... | 311 |
| Tabla 11.101. Variables predictoras. Aceptación y adaptación..... | 312 |
| Tabla 11.102. Tabla de Anova. Aceptación y adaptación..... | 312 |
| Tabla 11.103. Variables predictoras. Aceptación y adaptación..... | 312 |
| Tabla 11.104. Variables predictoras. Rol materno y adaptación..... | 313 |
| Tabla 11.105. Variables predictoras. . Rol materno y adaptación..... | 314 |
| Tabla 11.106. Tabla de Anova. Rol materno y adaptación..... | 314 |
| Tabla 11.107. Variables predictoras. Rol materno y adaptación..... | 315 |
| Tabla 11.108. Estadísticos de frecuencias. Ítem 1..... | 317 |
| Tabla 11.109. Estadísticos de frecuencias. Ítem 2..... | 318 |
| Tabla 11.110. Estadísticos de frecuencias. Ítem 3..... | 319 |
| Tabla 11.111. Estadísticos de frecuencias. Ítem 4..... | 319 |
| Tabla 11.112. Estadísticos de frecuencias. Ítem 5..... | 320 |
| Tabla 11.113. Estadísticos de frecuencias. Ítem 6..... | 321 |
| Tabla 11.114. Estadísticos de frecuencias. Ítem 7..... | 322 |
| Tabla 11.115. Estadísticos de frecuencias. Ítem 8..... | 323 |
| Tabla 11.116. Estadísticos de frecuencias. Ítem 9..... | 323 |
| Tabla 11.117. Estadísticos de frecuencias. Ítem 12..... | 326 |
| Tabla 11.118. Estadísticos de frecuencias. Ítem 13..... | 326 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 11.119. Estadísticos de frecuencias. Ítem 14..... | 327 |
| Tabla 11.120. Estadísticos de frecuencias. Ítem 15..... | 328 |
| Tabla 11.121. Estadísticos de frecuencias. Ítem 5..... | 331 |
| Tabla 11.122. Estadísticos de frecuencias. Ítem 8..... | 331 |
| Tabla 11.123. Estadísticos de frecuencias. Ítem 11..... | 332 |
| Tabla 11.124. Estadísticos de frecuencias. Ítem 15..... | 333 |
| Tabla 11.125. Estadísticos de frecuencias. Ítem 23..... | 334 |
| Tabla 11.126. Estadísticos de frecuencias. Ítem 27..... | 335 |
| Tabla 11.127. Estadísticos de frecuencias. Ítem 33..... | 336 |
| Tabla 11.128. Estadísticos de frecuencias. Ítem 37..... | 336 |
| Tabla 11.129. Estadísticos de frecuencias. Ítem 38..... | 337 |
| Tabla 11.130. Estadísticos de frecuencias. Ítem 41..... | 337 |
| Tabla 11.131. Estadísticos de frecuencias. Ítem 42..... | 338 |
| Tabla 11.132. Estadísticos de frecuencias. Ítem 43..... | 338 |
| Tabla 11.133. Estadísticos de frecuencias. Ítem 45..... | 339 |
| Tabla 11.134. Correlaciones Spearman. Ítem 1, 4, 5, 8, 13 y 45..... | 340 |
| Tabla 11.135. Correlaciones Spearman. Ítem 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13 y 14..... | 341 |
| Tabla 11.136. Correlaciones Spearman. Ítem 10, 13 y 14..... | 341 |
| Tabla 11.137. Correlaciones Spearman. Ítem 7, 12, 13 y 14..... | 342 |
| Tabla 11.138. Correlaciones Spearman. Ítem 9 con 13 y 14..... | 342 |
| Tabla 11.139. Correlaciones Spearman. Ítem 13 y 14..... | 343 |
| Tabla 11.140. Correlaciones Spearman. Ítem 53 y 55..... | 343 |
| Tabla 11.141. Correlaciones Spearman. Ítem 67, 75, 77 y 85..... | 344 |
| Tabla 11.142. Correlaciones Spearman. Ítem 65, 81, 82 y 83..... | 344 |
| Tabla 11.143. Correlaciones Spearman. Ítem 25, 27, 71 y 78..... | 345 |
| Tabla 11.144. Correlaciones de Spearman. Ítem 13 con 84 y 85..... | 345 |
| Tabla 11.145. Correlaciones Spearman. Ítem 32,84 y 85..... | 346 |
| Tabla 11.146. Correlaciones Spearman. Ítem 16 y 78..... | 346 |
| Tabla 11.147. Correlaciones Spearman. Ítem 18 con 27, 63, 61 y 68..... | 346 |
| Tabla 11.148. Correlaciones Spearman. Ítem 20 con 21, 63, 69, 71, 79 y 80..... | 347 |
| Tabla 11.149. Correlaciones Spearman. Ítem 25 con el 12 y 79..... | 347 |
| Tabla 11.150. Correlaciones Spearman. Ítem 27 con 12 y 18..... | 348 |
| Tabla 11.151. Correlaciones Spearman. Ítem 28 con 30, 32, 33 y 46..... | 348 |
| Tabla 11.152. Correlaciones Spearman. Ítem 32 con el 27, 28 y 35..... | 349 |
| Tabla 11.153. Correlaciones Spearman. Ítem 33 con el 5, 25, 26, 28 29, 30 y 34..... | 349 |
| Tabla 11.154. Correlaciones Spearman. Ítem 35 con 53..... | 350 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 11.155. Correlaciones Spearman. Ítem 47 con 48 y 53..... | 350 |
| Tabla 11.156. Correlaciones Spearman. Ítem 57 con 1..... | 350 |
| Tabla 11.157. Correlaciones Spearman. Ítem 58 con el 12, 5, 26, 32 y 47..... | 351 |
| Tabla 11.158. Factores intersujetos. Relación con la pareja y la madre..... | 354 |
| Tabla 11.159. Contraste de Levene. Adaptación al embarazo..... | 355 |
| Tabla 11.160. Estadísticos descriptivos. Adaptación al embarazo..... | 355 |
| Tabla 11.161. Pruebas de efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 356 |
| Tabla 11.162. Comparaciones múltiples de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 357 |
| Tabla 11.163. Comparaciones múltiples de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 357 |
| Tabla 11.164. Subconjuntos Homogéneos. Adaptación al embarazo..... | 358 |
| Tabla 11.165. Variables predictoras. Adaptación al embarazo..... | 358 |
| Tabla 11.166. Pruebas de efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 362 |
| Tabla 11.167. Estadísticos descriptivos. Valoración del afecto que reciben..... | 362 |
| Tabla 11.168. Contraste de Levene. Adaptación al embarazo..... | 363 |
| Tabla 11.169. Pruebas de efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 364 |
| Tabla 11.170. Comparaciones múltiples de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 364 |
| Tabla 11.171. Subconjuntos homogéneos. Adaptación al embarazo..... | 365 |
| Tabla 11.172. Comparaciones múltiples de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 365 |
| Tabla 11.173. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 366 |
| Tabla 11.174. Factores intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 367 |
| Tabla 11.175. Variables predictoras. Adaptación al embarazo..... | 369 |
| Tabla 11.176. Estadísticos descriptivos. Adaptación al embarazo..... | 370 |
| Tabla 11.177. Contraste de Levene. Adaptación al embarazo..... | 371 |
| Tabla 11.177. Pruebas de Efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 371 |
| Tabla 11.178. Comparaciones múltiples. Adaptación al embarazo..... | 371 |
| Tabla 11.179. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 372 |
| Tabla 11.180. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 372 |
| Tabla 11.181. Factores intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 375 |
| Tabla 11.182. Estadísticos descriptivos. Adaptación al embarazo..... | 376 |
| Tabla 11.183. Contraste de Levene. Adaptación al embarazo..... | 377 |
| Tabla 11.184. Pruebas de Efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 377 |
| Tabla 11.185. Comparaciones múltiples de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 378 |
| Tabla 11.186. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 378 |
| Tabla 11.187. Comparaciones múltiples. Adaptación al embarazo..... | 379 |
| Tabla 11.188. Factores intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 382 |
| Tabla 11.189. Estadísticos descriptivos. Adaptación al embarazo..... | 383 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 11.190. Contraste de Levene. Adaptación al embarazo..... | 384 |
| Tabla 11.191. Pruebas de Efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 385 |
| Tabla 11.192. Comparaciones múltiples. Adaptación al embarazo..... | 385 |
| Tabla 11.193. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 386 |
| Tabla 11.194. Comparaciones múltiples. Adaptación al embarazo..... | 386 |
| Tabla 11.195. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 387 |
| Tabla 11.196. Factores intersujetos. Adaptación del embarazo..... | 390 |
| Tabla 11.197. Estadísticos descriptivos. Identificación con el rol materno..... | 390 |
| Tabla 11.198. Contraste de Levene. Adaptación al embarazo..... | 391 |
| Tabla 11.199. Pruebas de Efectos intersujetos. Adaptación al embarazo..... | 391 |
| Tabla 11.200. Comparaciones múltiples. Adaptación al embarazo. | 392 |
| Tabla 11.201. Subconjuntos de Scheffé. Adaptación al embarazo..... | 393 |
| Tabla 11.202. Comparaciones múltiples. Adaptación al embarazo. | 393 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 0.1 Síntesis de los contenidos a abordar en el trabajo de investigación..... | 23 |
| Figura 0.2 Realidad psicosocial: gestación adolescente..... | 24 |
| Figura 1.1 Factores más influyentes en la salud de la población..... | 31 |
| Figura 1.2 Continuo operacional de salud-dolencia (Magro, 2005)..... | 32 |
| Figura 1.3. Cambios físicos que acontecen en la pubertad..... | 34 |
| Figura 1.4. Criterios que definen la identidad por orden de importancia..... | 35 |
| Figura 1.5. Criterios que definen la identidad del adolescente y la identidad del adulto..... | 36 |
| Figura 1.6. Embarazo adolescente: implicaciones y consecuencias..... | 41 |
| Figura 1.7. Intervenciones en salud sexual en menores de 18 años | 42 |
| Figura 1.8. Embarazos adolescentes: aspectos relevantes en su evolución..... | 45 |
| Figura 1.9. Puntos clave en la descripción de estudios sobre el embarazo adolescente desde 1980..... | 53 |
| Figura 2.1. Descripción de objetivos sobre la prevención de embarazos precoces..... | 56 |
| Figura 2.2. Problemas a los que se enfrentan gestantes adolescentes en España | 65 |
| Figura 3.1. Cambios generales presentes en la gestación adolescente..... | 74 |
| Figura 3.2: Problemas físicos experimentados por gestantes durante el embarazo..... | 76 |
| Figura 3.3. Problemas emocionales experimentados por gestantes..... | 77 |
| Figura 3.4. Síntesis de cambios sociales y psicológicos presentes en la gestación adolescente..... | 79 |
| Figura 3.5. Deseos y responsabilidad que protagonicen los adolescentes..... | 81 |
| Figura 3.6. Asunción de responsabilidades en el embarazo adolescente..... | 83 |
| Figura 4.1. Modelos explicativos en torno al embarazo adolescente..... | 86 |
| Figura 4.2. Modelo causal cognitivo explicativo del embarazo adolescente..... | 90 |
| Figura 4.3. Modelo causal comportamental explicativo del embarazo adolescente..... | 92 |

| | |
|---|-----|
| Figura 4.4. Modelo causal psicosocial explicativo del embarazo adolescente..... | 99 |
| Figura 5.1. Inestabilidad familiar antecedente a la gestación adolescente..... | 108 |
| Figura 5.2. Ausencia paterna: factores que pueden interactuar en el núcleo familiar..... | 116 |
| Figura 5.3. Presencia de deseos: factores que pueden interactuar en el embarazo..... | 119 |
| Figura 6.1. Síntesis de los principales factores de vulnerabilidad y fortaleza en la gestación..... | 122 |
| Figura 6.2. Síntesis de las preocupaciones presentes en gestantes adolescentes..... | 125 |
| Figura 6.3. Síntesis de las preocupaciones presentes adolescentes..... | 127 |
| Figura 6.4. Síntesis de las preocupaciones vinculadas al miedo al parto..... | 133 |
| Figura 7.1. Redes de apoyo a la gestante adolescente..... | 156 |
| Figura 7.2. Síntesis de aspectos relevantes en torno a la familia de la adolescente..... | 159 |
| Figura 8.1. Estrategias de intervención socioeducativo..... | 183 |
| Figura 9.1. La aceptación dentro del proceso de adaptación..... | 187 |
| Figura 9.2. Repercusión de aspectos de la gestación en el desarrollo del bebé..... | 188 |
| Figura 9.3. Reacción de la gestante ante el proceso de gestación (Fernández, 2005)..... | 190 |
| Figura 9.4. Repercusión de personalidad, estilo de afrontamiento y aceptación en adaptación..... | 192 |
| Figura 9.5. Aceptación del embarazo: síntesis de todo el marco teórico abordado..... | 199 |
| Figura 11.1. Estadísticos de frecuencias. Nivel de estudios alcanzados..... | 219 |
| Figura 11.2 Estadísticos de frecuencias. Tiempo aproximado de relación..... | 221 |
| Figura 11.3. Estadísticos de frecuencias. Relación entre la edad de las gestantes y el nivel cultural..... | 222 |
| Figura 11.4. Estadísticos de frecuencias. Relación entre edad y nivel económico..... | 223 |
| Figura 11.5. Estadísticos de frecuencias. Tipo de familia a la que pertenece como hija..... | 224 |
| Figura 11.6. Estadísticos de frecuencias. Figura significativa..... | 228 |
| Figura 11.7. Estadísticos de frecuencias. Antecedentes familiares de embarazos adolescentes..... | 233 |
| Figura 11.8. Estadísticos de frecuencias. Percepción general sobre la relación con su padre..... | 235 |
| Figura 11. 9 Estadísticos de frecuencias. Edad de las gestantes..... | 237 |
| Figura 11. 10. Estadísticos de medias en función de la edad. Ítem 1..... | 242 |
| Figura 11.11. Estadísticos de medias en función de la edad. Ítem 2..... | 245 |
| Figura 11.12. Estadísticos de frecuencias. Ojalá no estuviera embarazada..... | 246 |
| Figura 11.13. Estadísticos de frecuencias. Ítem 4..... | 251 |
| Figura 11.13. Estadísticos de medias en función de la edad. Ítem 4..... | 251 |
| Figura 11.15. Estadísticos de frecuencias. Hablamos con frecuencia del bebé que esperamos..... | 251 |
| Figura 11.16. Estadísticos de frecuencias. A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo..... | 252 |
| Figura 11.17. Estadísticos de frecuencias. Puedo contar con mi novio para el cuidado del bebé..... | 252 |
| Figura 11.18. Estadísticos de frecuencias. Confío en que el parto se producirá sin problemas..... | 255 |
| Figura 11.19. Estadísticos de frecuencias. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto..... | 256 |
| Figura 11.20. Estadísticos de frecuencias. Estoy preparada para el parto..... | 257 |
| Figura 11.21. Estadísticos de frecuencias. Sé de cosas que me ayudarán en el parto..... | 257 |
| Figura 11.22. Estadísticos de frecuencias. Pienso en que podré resistir las incomodidades..... | 258 |
| Figura 11.23. Estadísticos de frecuencias. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones..... | 258 |
| Figura 11.24. Estadísticos de medias en función de la edad. No me cuesta hablar con mi madre..... | 261 |

| | |
|---|-----|
| Figura 11.25. Estadísticos de frecuencias. Ítem 17..... | 262 |
| Figura 11.26. Estadísticos de frecuencias. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero..... | 263 |
| Figura 11.27. Estadísticos de frecuencias. Mi madre está contenta con el embarazo..... | 263 |
| Figura 11.28. Estadísticos de frecuencias. Mi madre me da bueno consejos..... | 264 |
| Figura 11.29. Estadísticos de frecuencias. Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos..... | 265 |
| Figura 11.30. Estadísticos de frecuencias. Mi madre me da ánimos cuando dudo de mí misma..... | 265 |
| Figura 11.31. Estadísticos de frecuencias. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera..... | 266 |
| Figura 11.32. Estadísticos de frecuencias. Mi madre critica mis decisiones..... | 266 |
| Figura 11.33. Estadísticos de frecuencias. Ítem 7..... | 270 |
| Figura 11.34. Estadísticos de frecuencias. Ítem 16..... | 271 |
| Figura 11.35. Estadísticos de frecuencias. No me cuesta hablar con mi padre mis problemas..... | 285 |
| Figura 11.36. Estadísticos de frecuencias. Mi padre critica mis decisiones..... | 287 |
| Figura 11.37. Variables predictoras. Ítem 1 y aceptación..... | 292 |
| Figura 11.38. Variables predictoras. Ítem 2 y aceptación..... | 294 |
| Figura 11.39. Variables predictoras. Ítem 3 y adaptación..... | 298 |
| Figura 11.40. Variables predictoras. Ítem 20 y adaptación..... | 301 |
| Figura 11.41. Variables predictoras. Ítem 31 y adaptación..... | 303 |
| Figura 11.42. Variables predictoras. Ítem 33 y aceptación..... | 306 |
| Figura 11.43. Variables predictoras. Ítem 34 y aceptación..... | 308 |
| Figura 11.44. Variables predictoras. Ítem 38 y adaptación..... | 311 |
| Figura 11.45. Variables predictoras. Aceptación y adaptación..... | 313 |
| Figura 11.46. Variables predictoras. Identificación con el rol materno y adaptación..... | 315 |
| Figura 11.47. Variables predictoras. Ítem 10..... | 324 |
| Figura 11.48. Variables predictoras. Ítem 11..... | 325 |
| Figura 11.49. Variables predictoras. Ítem 3..... | 330 |
| Figura 11.50. Variables predictoras. Ítem 18..... | 333 |
| Figura 11.51. Variables predictoras. Ítem 26..... | 335 |
| Figura 11.52. Medias marginales en adaptación. Relación con la pareja..... | 353 |
| Figura 11.53. Medias marginales en adaptación. Relación con la madre..... | 353 |
| Figura 11.54. Medias marginales en adaptación. Interacción pareja y madre..... | 354 |
| Figura 11.55. Medias marginales en adaptación. Valoración sobre el matrimonio padres..... | 360 |
| Figura 11.56. Medias marginales en adaptación. Afecto recibido por sus padres..... | 361 |
| Figura 11.57. Medias marginales en adaptación. Interacción matrimonio y afecto..... | 361 |
| Figura 11.58. Medias marginales en adaptación. Creencia de que la vida no merece la pena..... | 368 |
| Figura 11.59. Medias marginales en adaptación. Sentimientos de decepción a personas..... | 368 |
| Figura 11.60. Medias marginales en adaptación. Interacción entre creencia y decepción..... | 369 |
| Figura 11.61. Medias marginales en adaptación. Calidad de relación con el padre..... | 373 |
| Figura 11.62. Medias marginales en adaptación. Edad de las gestantes..... | 374 |
| Figura 11.63. Medias marginales en adaptación. Interacción entre relación con el padre y edad..... | 375 |
| Figura 11.64. Medias marginales en adaptación. Aceptación del embarazo..... | 381 |

| | |
|--|-----|
| Figura 11.65. Medias marginales en adaptación. Preocupación por el embarazo..... | 381 |
| Figura 11.66. Medias marginales en adaptación. Interacción entre aceptación y preocupación..... | 382 |
| Figura 11.67. Medias marginales en adaptación. Identificación con el rol materno..... | 388 |
| Figura 11.68. Medias marginales en adaptación. Preparación al parto..... | 389 |
| Figura 11.69. Medias marginales en adaptación. Interacción entre rol materno y preparación parto..... | 389 |
| Figura 13.1. Adaptación al embarazo. Análisis final en conclusiones..... | 419 |

INTRODUCCIÓN: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL PROCESO GESTACIONAL EN LA ADOLESCENCIA

Habrá entre ellas muchas mujeres que, conscientemente nunca desearon un embarazo, pero su inconsciente experimentará la situación en forma opuesta (Langer, 1983, p.32).

Uno de los rasgos de identidad más característicos de la sociedad actual es “*el cambio*” (Perea Quesada, 2001). Los cambios operan en nuestro mundo constantemente y exigen idear y diseñar nuevas estrategias de adaptación y respuesta a problemas y necesidades que demanda la sociedad. La preocupación por conocer el *funcionamiento de las relaciones emergentes* que tienen lugar entre adolescentes y jóvenes, es común entre profesionales de la psicología y la educación, y se convierte en un elemento de gran interés al acontecer junto con movimientos sociales, que en muchos casos aceleran o dificultan el *cambio social* en el actual contexto global de nuestro mundo.

La adolescencia constituye una etapa evolutiva fundamental en el desarrollo biológico, psicológico y social de todo individuo. Existe cierto consenso en la literatura psicológica adolescente respecto a la afirmación de que acontecerán cambios trascendentales que se sucederán tanto en las relaciones del adolescente con el entorno, como en el conocimiento y comprensión que podrá realizar de sí mismo. Autores de nuestro siglo se hacen eco de esta realidad tan cambiante y reveladora, que marca el final de una infancia y el comienzo del desarrollo de nuevas experiencias vitales propias de la adultez (Ávila, Cid Santana, García Lorenzo y Rodríguez, 2002; Antona, Rodríguez, Madrid y Aláez, 2003; Fajardo Caldera, 2004; Braconnier, 2010; Giménez, Valverde y Torres, 2010; Buxarrais, Feixa, García-Mila, Garrido, Giner, Martí, Martín, Nomen, Paula y Tei, 2012).

Sin ánimo de ser excesivamente exhaustivos en la introducción, iniciamos a continuación, una breve aproximación al conocimiento de un proceso psicosocial de gestación particular: *el embarazo que tiene lugar en la adolescencia*. Comprender qué nos está comunicando esa futura madre con su embarazo, implica partir de la comprensión de toda una dinámica de cambios que envuelve esta realidad. Es pues, ese caminar de transformaciones, el que dotará de sentido e interés a esta investigación.

Transformaciones que se sucederán durante aproximadamente nueve meses, y que reflejarán la propia existencia de la adolescente.

El embarazo en la adolescencia constituye una temática compleja, la pretensión de poder entender qué supone un embarazo a una temprana edad, con vistas a alcanzar una actuación constructiva conjunta entre psicólogos, educadores y otras instancias sociales, todavía es una utopía. Tal vez, porque no existe un prototipo de embarazada adolescente, es decir, no existe un prototipo de gestante adolescente común a todos los contextos. Sin embargo, sí existe algo común a todas ellas, algo que subyace a esas diferencias posibles en cuanto al ámbito social, cultural o económico, y es que, a pesar de que un embarazo sea un proceso marcadamente biológico-hormonal, el factor social va a ser decisivo en todas ellas. Está claro que el ser adolescente conlleva compartir una serie de “*representaciones y unos modos de ser*” propios de la misma edad en la que se encuentran (Perinat, Corral y Crespo, 2003, p.22).

Antes de delimitar a qué nos referimos con los términos: “*embarazo adolescente*”, hemos de determinar nuestro propósito respecto al mismo. El embarazo adolescente va a ser objeto de nuestro estudio, sin embargo, no vamos a poder abarcar con alto nivel de exhaustividad ni todas las épocas históricas, ni todos los contextos o culturas en los que se va a ver mediatizado. Focalizaremos nuestro trabajo de investigación en la gestación que tiene lugar en adolescentes. Por razones de accesibilidad a la muestra y documentación principalmente, las adolescentes residentes en España, con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años serán nuestro núcleo central de investigación. Esto delimita y concretiza bastante nuestros objetivos, si bien, dentro de esta exploración y camino nos asomaremos a un mundo de contrastes, donde es difícil modelar una imagen única de embarazada adolescente.

Aunque en la actualidad siguen proliferando múltiples interrogantes en torno al tema de la gestación en la adolescencia, la sociedad va siendo cada vez más consciente de la necesidad de investigar en esta temática y de conocer las repercusiones que conlleva un embarazo en esta etapa (Grant y Heald, 1972; Steven-Simon y White, 1991; Curry, Perrin, & Wall, 1998; Ávila, Cid Santana, García Lorenzo y Rodríguez, 2002; Antona Rodríguez, Madrid, y Aláez, 2003; Fajardo Caldera, 2004; Braconnier, 2010; Giménez, Valverde y Torres, 2010; Buxarrais, Feixa, García-Mila, Garrido, Giner, Martí, Martín, Nomen, Paula y Tei, 2012).

El embarazo adolescente puede ser definido como una *experiencia natural*, que tiene lugar en mujeres con edades comprendidas entre los 12 y los 20 años aproximadamente (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008), otros lo sitúan entre los 10 y los 20 años (Molina, 1992; Coll, 1997; García Sánchez, Hernández Manjón y Martínez, 2005; Romero, Pulido, Gutiérrez, García-Cavazos, Torres, Shea, Álvarez, 2011). Es en esta adolescencia, cuando específicamente, el embarazo puede desencadenar ciertas complicaciones médicas, siendo este riesgo mayor en las adolescentes que aún no superen los 15 años (Sina, Valdivieso, Del Pino; 2003; León, et al. 2008; Okumura, Maticorena, Tejeda y Mayta, 2015). Sin embargo, la relación directa entre el embarazo adolescente y estas complicaciones, aún no está clara, e investigaciones encabezadas por Martin-Loeches, Catalá, Ortí, Mínguez y Rius (2002), entre otras, reflejan cierta controversia al respecto.

En la última década del siglo XX ha predominado un creciente interés por conocer el “*bienestar psicológico*” del sujeto adolescente. El ser humano de un modo u otro, siempre ha procurado satisfacer sus necesidades para lograr ese codiciado bienestar. Junto a estas necesidades también aparecen los deseos, que en esta etapa serán una constante: “...nadie está satisfecho con lo que es”. “*El hiato de la insatisfacción lo pone el deseo, y nadie como el adolescente, para acentuar esa cesura, ese abismo entre lo real y lo imaginario, entre el yo y el ideal de yo*” (Sánchez-Sánchez, 2008, p.35).

Este alcance de bienestar implicará un consciente proceso de reflexión, mediante el cual el individuo valorará diferentes aspectos vitales. Así pues, “*la templanza, la vitalidad y la trascendencia del adolescente, son términos a menudo relacionados con este estado de bienestar*” (Videra-García y Reigal-Garrido, 2013, p.141). La comprensión sobre cómo es posible el alcance de bienestar por parte del adolescente, y más aún por parte de la adolescente embarazada, se erige como un objetivo fundamental para algunos investigadores y psicólogos evolutivos de la adolescencia. De hecho, la calidad de vida y la mejora del bienestar entre los individuos generan una preocupación constante y ésta es cada vez mayor en la sociedad de consumo (Magro, 2005).

Sin embargo, a pesar de haber puesto en funcionamiento múltiples estrategias políticas internacionales, europeas y nacionales destinadas a optimizar ese bienestar, así como la salud reproductiva y sexual de la población adolescente, aún se suceden numerosas gestaciones en esta etapa (Colomer, 2013; Escobar y Escobar, 2013).

Damos comienzo pues, a una línea de investigación compleja, que esboza y delimita una etapa de revolución física, psíquica y emocional; una etapa de ambivalencias, de experimentación y, por ende, de búsqueda de respuestas a interrogantes sobre la propia existencia.

Especialmente en los países más desarrollados, existe una tendencia bastante generalizada, a prolongar la edad de inicio de la maternidad por diversas circunstancias o situaciones profesionales, económicas y/o sociales (Gómez, Gallego y Díaz, 2002; Solé, & Parella, 2004; Davia y Legazpe, 2013; Rasines y Larrambeber, 2013; Rosales-Silva y Irigoyen- Coria, 2013). Sin embargo, como venimos sosteniendo, esta tendencia colisiona con la realidad de que todavía seguimos manteniendo un elevado número de gestaciones tempranas, las cuales tienen lugar tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados. Estas gestaciones continúan suscitando dudas, específicamente para los diferentes tipos de profesionales que están en contacto directo con esta población.

Este embarazo no será ajeno a un entorno social específico, es decir, esta gestación tendrá lugar en el seno de un sistema familiar determinado, donde predominarán unas interacciones determinadas entre sus miembros, las cuales a su vez, condicionarán un nivel de dependencia específico entre ellos (Calderón y Alzamora, 2006; Urreta, 2008; Simón y Aznar, 2015; Garrido y Marchán, 2016).

Autores como Pacheco-Sánchez (2016) han manifestado que siempre *“se ha ubicado el determinante del embarazo adolescente en la desigualdad socioeconómica que conlleva pobreza, exclusión y vulnerabilidad”* (Pacheco-Sánchez, 2016, p.57). Sin embargo, este factor económico no sería el único que podría asociarse a un embarazo.

Las posibles causas que subyacen a la génesis de estos embarazos *“no deseados”*, -que es como se suele etiquetar a los embarazos que tienen lugar en la adolescencia-, no pueden vincularse de forma única ni general a un factor socioeconómico. Por el contrario, las causas podrían estar relacionadas con variables múltiples en las que confluirían aspectos culturales, religiosos, sociales y personales, que rodearían e implicarían a la adolescente (Lafuente, 1995 citado en Fernández y Sánchez Cabaco, 2005; Chase, Maxwell, Knight & Aggleton, 2006; Calesso, 2007; Armengol, Chamorro y García-Dié, 2007; Savio Beers y Hollo, 2009; Álvarez et al., 2012).

Este embarazo adolescente podría responder y entenderse teniendo en cuenta *“la utilización del cuerpo como herramienta”*, siendo esta utilización bastante frecuente en

la adolescencia. Es decir, el papel que juega la percepción del propio cuerpo en la adolescente, despierta gran curiosidad e interés para los investigadores de esta temática, pues el cuerpo no deja de ser una herramienta en continuo cambio, expresiva y comunicativa (Herrera y Barbero, 2013; Saüch y Balcells, 2013). A través del cuerpo, “*el joven decide cómo quiere ser*” (Sánchez-Sánchez, 2008). A través del cuerpo expresará cómo se siente y se comunicará, siendo las relaciones sexuales un nuevo modo o vía de comunicación.

Paradójicamente, en esta adolescencia y juventud actual, tan condicionada tecnológicamente, es cuando más va a preponderar cierta “*infracomunicación, es decir, una falta de entendimiento y de escucha en la comunicación*” (Sánchez-Sánchez, 2008, p.51). Una infracomunicación a veces suplida por la utilización del cuerpo como herramienta expresiva y comunicativa.

Ante esta “infracomunicación”, tan presente en nuestra sociedad, se vuelve imprescindible conocer por qué es tan necesaria “*la escucha activa*”. Por escucha activa entendemos aquella habilidad de escuchar no sólo lo que el otro interlocutor está comunicando directamente, sino también sus sentimientos y pensamientos que subyacen a lo que está comunicando (García Higuera, 2009). Esta escucha debe generarse en todo el entorno social en el que resida la adolescente (López-Navarrete, Perea-Martínez, Padrón-Martínez, y Espinoza- Garamendi, 2014). Muchas de estas gestantes pertenecen a ambientes desfavorecidos o a familias con carencias afectivas y/o comunicativas, por lo que “*esta escucha activa*” precisamente, no debería promoverse exclusivamente en el entorno más próximo familiar, sino también, en todo ese entorno social que la rodea y condiciona.

Tal y como afirma Ibáñez (2015), es fundamental saber “*escuchar*” y además de la escucha, todos hemos de aprender a emplear un lenguaje más próximo y comprensible para ser capaces de “*llegar al otro*”, pues sólo así nos aseguraremos de que el mensaje que pretendemos transmitir va a llegar a su destinatario tal y como deseamos. Esta escucha además, se torna indispensable, sabiendo que, la adolescencia es un periodo ávido de transformaciones continuas, que conducirán a la adolescente a una reestructuración de sus propias fantasías, ideales e imaginarios (Escobar y Escobar, 2013).

“Imaginarios, eslóganes, clichés e iconos invadirán la vida del adolescente y erosionarán la individualidad del mismo” (Sánchez, 2008). En las embarazadas adolescentes, estas fantasías, ideales o imaginarios (*“cómo será el bebé, se parecerá a mí, me querrá...”*) pueden repercutir positivamente de cara a la maternidad, ya que pueden impulsar a la futura madre a la aceptación de lo que significa *“ser madre”* y de ese modo, afrontar la gestación de forma más satisfactoria.

Como sostiene Pacheco-Sánchez (2016), aunque el embarazo sea accidental y en un principio genere vergüenza, soledad o desconcierto para la propia mujer, esta gestación puede suponer una *“afirmación de la propia identidad, reconocimiento social y acercamiento al mundo adulto”* (Pacheco-Sánchez, 2016, p. 57).

Por esta razón, y a pesar de que se atisbe difícil reconocer que es posible una aceptación de un embarazo a una temprana edad, el posible rechazo inicial puede ser sólo un pequeño eslabón dentro de una larga cadena adaptativa, mediante la cual, la gestante puede ir aceptando el embarazo y, además, puede ir haciendo frente de forma efectiva a situaciones hasta el momento únicas (Lederman, 1996 en Armengol et al., 2006; Peláez Mendoza, 1997).

Las experiencias o vivencias de las gestantes, como describen Vázquez, Sánchez, Caicedo y Parrado (2013), tendrán un carácter de *“actualidad”*, pero esta actualidad, vendrá marcada de algún modo por su *“pasado”*, es decir, por sus *“vivencias pasadas, estructuralmente unidas a las actuales y a las expectativas del futuro”* (Vásquez et al., 2013, p.359). Es frecuente, asimismo, observar en su historia de vida algunas carencias en identificaciones familiares o incluso carencias afectivas que pudieron producirse desde su niñez (Climent, 2008; Vázquez et al. 2013; Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina y González-Ortega, 2014). Todas estas experiencias pasadas y presentes van ir moldeando una imagen mental de este nuevo proceso, imagen que será elaborada desde la propia percepción individual.

Tal imagen mental evidenciará la valoración que poseerá la gestante sobre dicho embarazo (Pires, 2010). Tal y como describe Pires (2010), en su mente irán tomando forma y consistencia, según su propia idiosincrasia, tres dimensiones. Una de las dimensiones corresponderá al conocimiento de la gestante sobre el desarrollo del feto, otra dimensión, se responsabilizará de la organización psíquica que experimentará la futura madre ante la maternidad, y una tercera, dirigirá su atención al bebé imaginado.

Es muy común el que la propia gestante “*fantasee con su futuro hijo, piense en el sexo que tendrá, en los posibles nombres, se imagine los rasgos físicos y psicológicos que quizás poseerá, y también que anhele una posible actitud o personalidad del nuevo ser*” (Escobar y Escobar, 2013, p.9). De este modo, la evolución y difusión de los diferentes artículos que se han publicado sobre el embarazo adolescente, suponen un avance cualitativo importante en esta temática, especialmente, los que exploran elementos determinantes de este proceso, tales como: la organización psíquica de la gestante, el ambiente, los apoyos o los afectos. Todos esos elementos constituirán un eje trascendental en este estudio.

Probablemente, la dificultad en el afrontamiento de esta tarea, sea susceptible de modificarse positivamente si las gestantes perciben el apoyo psicosocial que precisan durante los aproximadamente nueve meses, durante los cuales se prolongará la gestación (Moreira y Sarriera, 2008). Investigaciones como las de: Young, Berkman y Rehr (1975); Bell, Casto y Daniels (1983); Chen, Telleen, Chen, (1995); Nitz, Ketterlinus y Brandt (1995); Davis, Rhodes y Hamilton-Leaks (1997) consideran beneficiosa la aportación del apoyo social a la vida de la gestante. Algunos autores incluso señalan ciertas figuras familiares de apoyo como promotores de bienestar gestante (Chen et al., 1995; Nitz, et al., 1995; Davis et al., 1997; Toomey, Umaña-Taylor, Jahromi, & Updegraff, 2013).

Desde el ámbito psicopedagógico y psicosocial, la posibilidad de inclusión de estas gestantes en el entramado de nuestra sociedad es otra cuestión a considerar. En este sentido, podemos vislumbrar menores de edad, que se sienten obligadas a afrontar una gestación exentas de disfrutar siquiera de un tipo de apoyo familiar, social y/o académico-laboral de calidad o conforme a sus necesidades (Dias y Gomes, 2000; Gee, Nicholson, Osborne y Rhodes, 2003; Esteves y Menandro, 2005; Casanueva, 2013).

Nuestro planteamiento de investigación emana, por tanto, de todas estas carencias y necesidades que manifiestan, y al mismo tiempo, propone ante ellas el alcance de dos objetivos fundamentales: “*conocer cómo es la calidad de vida de las adolescentes gestantes*”, el cual se abordará a través de un marco teórico y empírico, y al mismo tiempo, por otra parte, “*intervenir activamente en la mejora de la calidad de vida de las mismas*”, a partir del diseño de unas conclusiones que favorezcan el desarrollo de un programa de intervención específico dirigido a esta población.

Así pues, y una vez efectuado este primer planteamiento de objetivos, a continuación se refleja una exposición de capítulos sobre los que versará el marco teórico de este trabajo.

En el primer capítulo, asistiremos a un breve compendio de autores de la psicología que irrumpen en esta temática, quienes además, esbozarán una delimitación conceptual en torno a lo que significa e implica una gestación en la adolescencia.

El segundo capítulo ofrecerá una evolución histórica de la realidad del embarazo adolescente, así como una breve descripción de su epidemiología en determinadas comunidades autónomas españolas donde es mayor su incidencia. Para tal efecto, partiremos de los orígenes de la adolescencia, desde la época medieval y Edad Moderna hasta la actualidad.

En el tercer capítulo se expondrán los diferentes tipos de cambios específicos y generales, más característicos en estas adolescentes: cambios físicos, sociales y psicológicos, todos ellos conectados a la propia gestación.

Al hilo del estudio de su evolución histórica y de su realidad cambiante, el cuarto capítulo versará sobre los modelos teóricos significativos que han ofrecido explicaciones a estas precoces gestaciones, con el fin de hallar posibles causas a las mismas.

En el quinto capítulo, se efectuará un recorrido teórico sobre determinados factores específicos, enfatizando la importancia de los mismos en la aparición de un embarazo en la adolescencia.

En el sexto capítulo, y partiendo de la realidad psicosocial y el desarrollo gestante, así como de los factores causales que han condicionado el embarazo, se realizará una aproximación a la realidad individual de la adolescente, a su cotidianidad como gestante, a su propia vulnerabilidad y fortaleza.

El séptimo capítulo presentará una breve descripción del entorno de la gestante. Este entorno condicionará la evolución presente y futura de la misma.

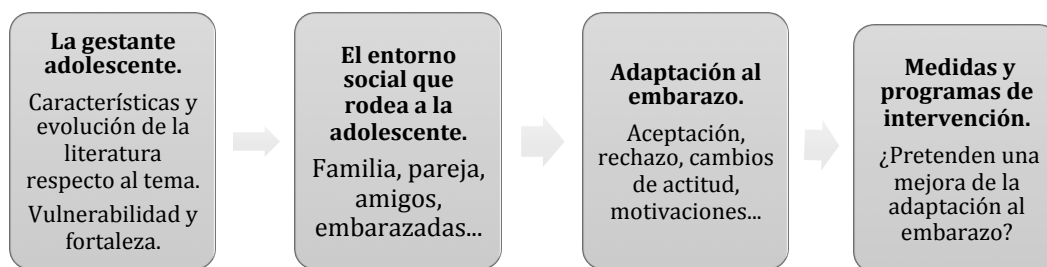
A lo largo del octavo capítulo, y como resultado del análisis del proceso de gestación adolescente y de la influencia del entorno en dicho proceso, se detallarán la incidencia y la implicación del entorno y de la propia individualidad gestante en la

aceptación y adaptación del embarazo. Asimismo, conoceremos cómo empieza a “gestarse” esa primera identificación con el rol materno.

Del capítulo noveno, se desprenderá una exposición de literatura psicológica específica focalizada en el desarrollo de experiencias de intervención destinadas a mejorar de forma efectiva la calidad de vida de la mujer en su embarazo. Estas intervenciones también pondrán en funcionamiento la prevención de problemas futuros que puedan afectar tanto a los futuros bebés como a las propias gestantes.

¿Qué sucederá en la adolescente, desde un punto de vista psicosocial, para que la adaptación a la maternidad sea posible, aun cuando el embarazo no ha sido inicialmente planificado, esperado ni tampoco aceptado? Está claro que la respuesta estará en consonancia con esta vorágine de cambios descritos, gracias a los cuales, la gestante irá aproximándose progresivamente a la maternidad.

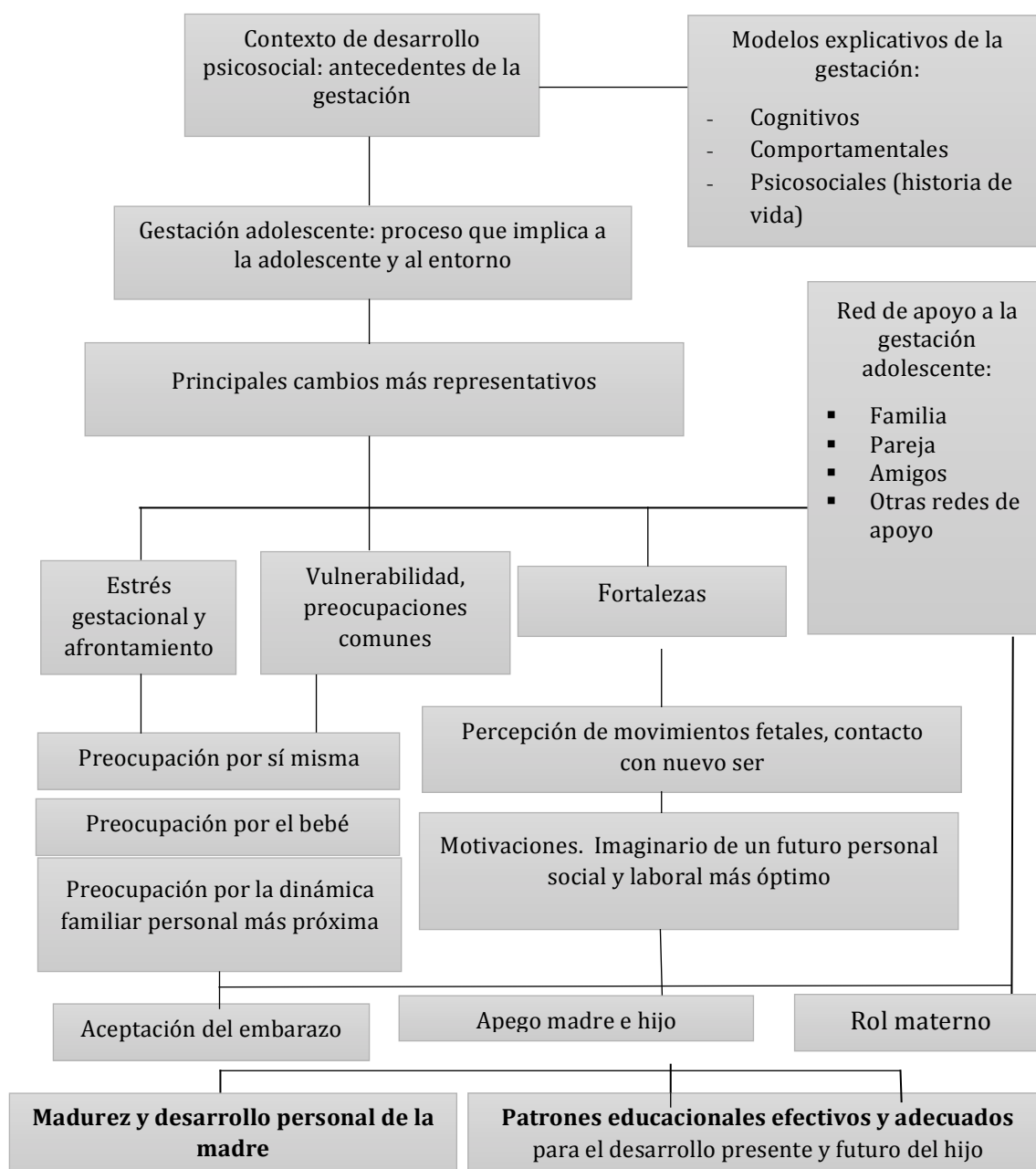
Figura 0.1 Síntesis de los contenidos a abordar en el trabajo de investigación.



Fuente: Elaboración propia.

El embarazo adolescente se vislumbra como un proceso complejo, donde las dimensiones individuales y sociales interactúan entre sí (Dunkel Schetter y Lobel 2010; Araújo, Pires, Carvalho, Canavarro y Dattilio, 2011). Por esta razón, este trabajo de investigación ha considerado la atribución del embarazo adolescente a distintos factores, tornándose vital un estudio multifactorial. Citamos pues, factores de tipo individual, pero también comunitario, donde se incluyen desde: *el ambiente físico* donde vive la gestante, hasta la *calidad de vida actual y anterior a su gestación*; pues ambos podrían estar vinculados a un embarazo temprano (Dunkel, 2011, p.535).

Figura 0.2 Realidad psicosocial: gestación adolescente



Fuente: Elaboración propia a partir de todos los autores citados en el marco teórico.

En Figura 0.2 está representada toda la información que el marco teórico y el empírico van a sustentar. Son evidentes las repercusiones que tiene “*aceptar el embarazo*”, “*identificarse con el rol materno*” y “*el apego madre e hijo*”, pues como podemos observar, van a determinar la madurez y el desarrollo personal de la madre, así como la afectividad y adecuación de sus patrones educativos. Este gráfico ilustra ideas que van a ser claves en esta investigación.

La red social de la gestante, así como su propia vulnerabilidad y fortaleza determinarán su desarrollo, pero también el de su bebé.

Es pues, ese acontecer personal junto al impacto de la red social de apoyo que rodea a la adolescente, los que van a guiarnos en el conocimiento de lo que significa e implica: *“el proceso de adaptación a la maternidad”*.

“El embarazo adolescente será para muchas, un renacer, desde el nuevo ser podrán descubrir nuevos modos de ver la vida, descubrirán su propia plasticidad al amoldarse a nuevas responsabilidades, nuevos sentimientos y pensamientos”.

Primera parte:

Marco teórico

“Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo.”

Aristóteles (384 a. C.- 322 a. C)

Capítulo 1

Los “recuerdos de infancia” (...) se establecen solo en una edad posterior (casi siempre en la pubertad), y que entonces son sometidos a un complejo trabajo de refundición que es enteramente análogo a la formación de sagas de un pueblo sobre su historia primordial (...) O sea, como un genuino historiógrafo, procura contemplar el pasado a la luz del presente

Sigmund Freud, citado por Urribarri, 2015.

CAPÍTULO 1: LA GESTACIÓN ADOLESCENTE EN PSICOLOGÍA

“La adolescencia es un período biopsicosocial que podemos situar entre los 10 y los 20 años, donde tienen lugar modificaciones corporales y una adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que conducen el paso de la infancia a la adultez” (Mafla 2008, p.43).

Tomando como base teórica el hecho de que tanto la adolescencia como la gestación constituyen un período bio-psico-social en el cual se van a producir diferentes modificaciones, este capítulo tiene como finalidad aproximarnos al conocimiento de esas modificaciones, partiendo del núcleo principal de este trabajo: *la gestación en la adolescencia*. Específicamente, se profundizará en cómo ha ido consolidándose y extendiéndose el estudio de esta temática a lo largo de la historia.

A través de una recopilación de autores cautivados e interesados por el tema, se asumirán y examinarán algunos aspectos que van a caracterizar dos realidades diferentes: *“ser adolescente”* y *“ser gestante”*.

1.1. Ser adolescente

El término adolescencia procede del latín y significa *“crecer o evolucionar a la madurez”* (Buxarrais et al., 2012); siendo su descubridor científico Stanley Hall, constituye, además, un período que se extenderá desde los 12 a los 22-25 años aproximadamente. La investigación psicológica más actual comparte la consideración general de que todo adolescente está en transición mental, física y emocional. La adolescencia para Stanley Hall, simbolizaba algo así como el *“renacer”* de una persona. Stanley Hall, padre del estudio científico de la adolescencia, fue uno de los pioneros en

identificar aquellas características propias de la adolescencia, que en otra etapa no prevalecerían, o al menos, con tanta intensidad.

En la primera mitad del siglo XX en Europa, la adolescencia apenas sufrió modificaciones significativas, sin embargo, las dos guerras mundiales y las circunstancias que se derivaron de las mismas, sin duda ejercieron un fuerte impacto en todos los adolescentes (Perinat, Corral, Crespo, Doménech, Font, Lalueza, Larraburu, Martínez, Moncada, Raguz & Rodríguez, 2003). Tal y como describen estos autores, obviamente, las transformaciones que se produjeron en ellos, no solo eran fruto de la sociedad o de los cambios puberales, sino también de los cambios en el desarrollo de su sistema nervioso, los cuales guardarían relación con estas transformaciones físicas, sociales y psicológicas. Se conjugan pues, las propias *“transformaciones intrínsecas”* del individuo con las *“influencias sociales”* dando como resultado que los adolescentes de hoy sean bastante diferentes a los de hace treinta años.

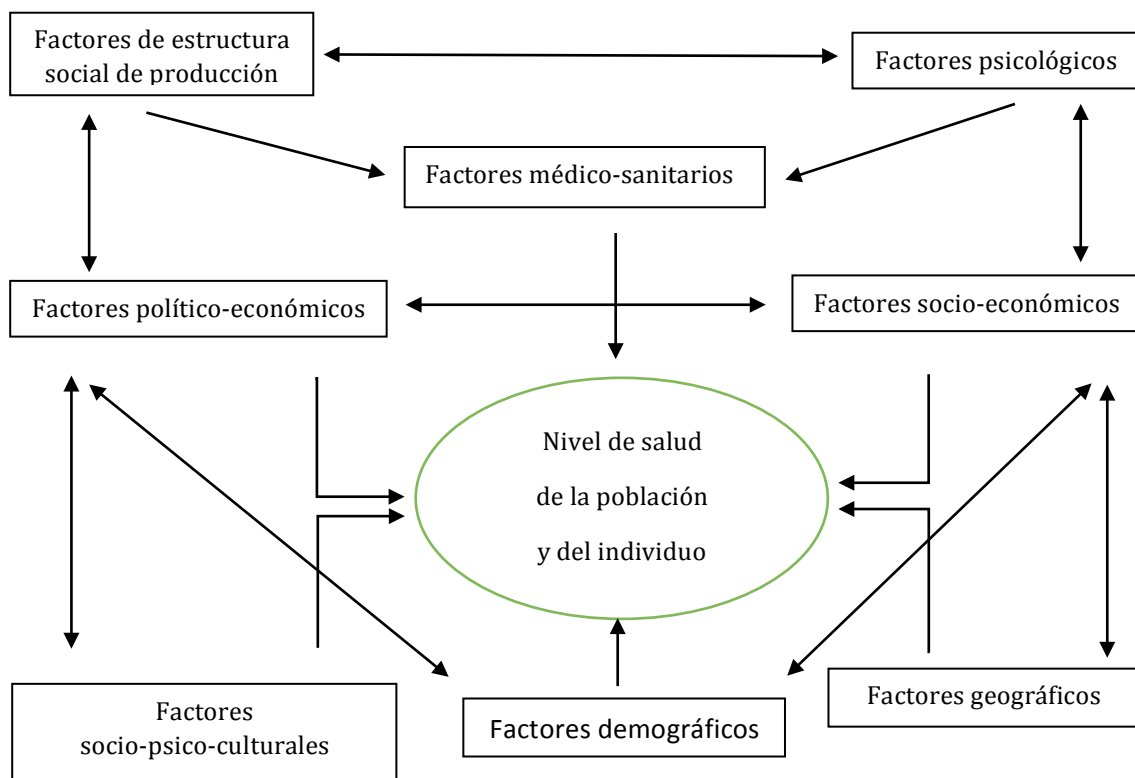
Recientemente, Sánchez Basilio (2016), uno de los diversos nutridos autores que asumen la diferenciación entre *“adolescencia”* y *“juventud”*, referenciando al Instituto de la Juventud Español, definió *“juventud”* como una etapa que se extendería desde los 15 a los 29 años. Por esta razón, la *“juventud”* según Sánchez, confluiría en determinados años con la adolescencia si la comparásemos con los límites que propone también Stanley Hall. La adolescencia, desde una perspectiva psicológica científica, no comenzará a explorarse en profundidad hasta los últimos años del siglo XIX, tal y como recoge García Zabaleta (2004).

En la actualidad, además de la *“adolescencia”* y la *“juventud”*, la *“post adolescencia”* es también objeto de interés. La post adolescencia actual se refiere al periodo posterior a los 18 años en el que se sucederán cambios en la vida del post adolescente. Según Padilla, García, Lugo y Vega (2016), en esta post adolescencia, el adolescente puede ser *“más vulnerable a continuar inmerso en una tendencia de autoconocimiento y empoderamiento respecto a su salud, y a su vez, al reconocer la presencia de factores culturales, educativos y socioeconómicos que pueden incidir en la adaptación y autocuidado”* (Padilla et al., 2016, p.23). Simultáneamente el neologismo actual *“adullescencia”* (edad adulta emergente) cada vez se utiliza más para referirnos a ese último periodo de la juventud, entre los 25 y 35 años, que se yuxtapone al primer periodo de la edad adulta (Buxarrais et al., 2012).

Retomando el tema de la adolescencia, “*los adolescentes estarán atrapados en una especie de limbo, entre la niñez y el mundo de los adultos*” (Macleod, 2013, p.1312). El criterio madurativo actual establece la edad de inicio de la adolescencia concretamente a partir de las primeras modificaciones puberales, y como edad de terminación, cuando la persona experimenta los cambios comportamentales propios de la vida adulta. De esta forma, autores como Dauvan y Adelsan, en Coleman (1980), pasando por Williams & McGillicuddy-De Lisi (1999), hasta autores más actuales como Rodríguez-Carrión y Traverso (2012) o Garrido y Marchán (2016), inciden en la distinción de una adolescencia temprana, media y tardía, afirmando que: la adolescencia temprana se prolongaría durante los 11-14 años, la adolescencia media desde los 14-17 años y la adolescencia tardía desde los 17-20 (22 años).

En Figura 1.1 podemos identificar las diversas relaciones que se producen entre diferentes factores que influyen en nuestros adolescentes y el nivel de salud del individuo como resultado de su confluencia.

Figura 1.1 Factores más influyentes en la salud de la población.



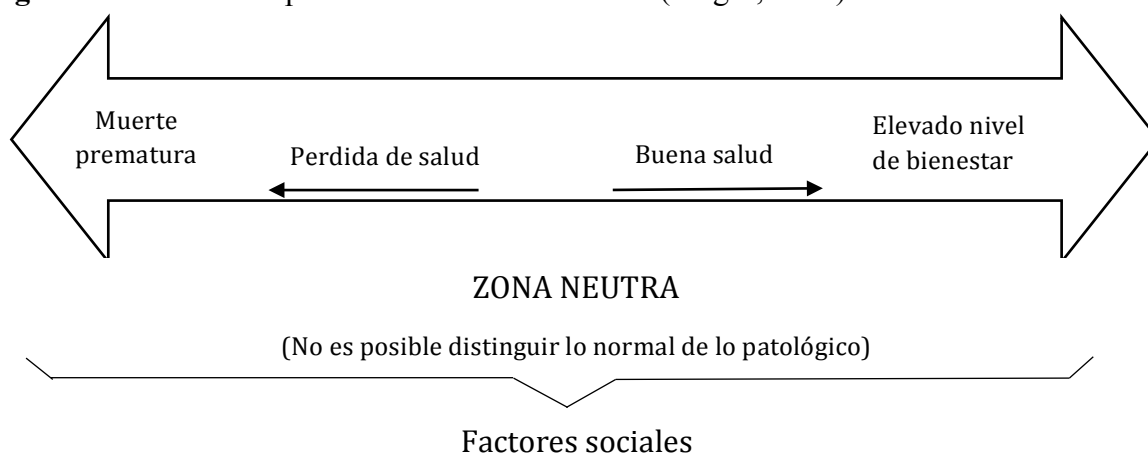
Fuente: Extraído de: Magro (2005). *Percepción de Salud en Adolescentes: relaciones familiares y vinculación* (Tesis Doctoral). Capítulo 2: Adolescencia y Salud. P.116.

Tal y como formula Pereira (2002), culturalmente la adolescencia está de moda y además cambia a un ritmo acelerado. Cabe preguntarse entonces, qué puede haber sucedido para que tantos cambios sociales sobrevengan en la segunda mitad del siglo XX y modifiquen en tal proporción las características de los adolescentes de estas dos últimas décadas. Asistimos pues, a una adolescencia donde los adolescentes, como sostiene Perinat (2003) “*miran hacia el futuro con otra prospectiva*”, están además rodeados de tecnología digital e impregnados de cambios vertiginosos producto de la globalización de la economía y de la red de comunicaciones.

Existen diferentes factores o elementos que durante la adolescencia serán “*protectores*” o “*desfavorables*” para su “*ecología-biología*”, tal y como recoge Magro (2005) al citar a San Martín y Pastor (1988). Pues, durante el periodo que dura la adolescencia, el sujeto estará expuesto a diferentes factores sociales (las relaciones sociales), factores contextuales (el ambiente), así como factores psicológicos. Como consecuencia, la salud de un sujeto será concebida como un proceso dinámico, variable y colectivo (Magro, 2005, p. 116).

En este sentido, en consonancia con el análisis que hemos efectuado sobre la salud de los adolescentes, hallamos diversos autores que defienden un modelo conceptual donde la salud vendría representada en forma de “*continuum*” donde situaríamos dos polos imaginarios extremos de salud.

Figura 1.2. Continuo operacional de salud-dolencia (Magro, 2005).



Fuente: Extraído de: Magro (2005). *Percepción de Salud en Adolescentes: relaciones familiares y vinculación* (Tesis Doctoral). Capítulo 2: Adolescencia y Salud. P.116.

Un polo positivo (elevado nivel de bienestar), un polo negativo (muerte prematura) y una zona neutral (donde no se distingue lo patológico de lo normal)

conformarían el continuo operacional de salud que recoge Magro (2005) citando a Hettler (1982), O'Donnell (1986) y Ribeiro (1993) entre otros (ver Figura 1.2). El situarnos en la zona intermedia indicaría que estaríamos en una zona neutra donde no sería fácil distinguir lo normal de lo patológico.

Una vez reconocida la diferenciación entre “*salud y dolencia*” en los adolescentes, indagaremos en algunas de sus características más sobresalientes. En este sentido, una de las más sorprendentes será el desarrollo del deseo sexual, que será más acentuado, pues según Cyrulnik (2003) y sus aportaciones respecto a la sexualidad, el adolescente será más sensible a un tipo de información que antes no percibía, al menos con tanta intensidad.

Publicaciones de artículos exhaustivos en este tema y de principios de este siglo sugieren que en esta población predominan un desarrollo mayor de la anticoncepción, así como un mayor conocimiento sobre la sexualidad y una mayor aceptación del erotismo (Martínez y Romero, 2004).

Las modificaciones puberales y los cambios fisiológicos o morfológicos acompañarán al adolescente en este desarrollo sexual, llevando consigo una apertura a la sexualidad adulta (Perinat et al., 2003). Si bien, la maduración y expresión sexual dependerán de su historia personal y de su personalidad, así como del medio cultural y ambiental en los que se desarrolle.

Además de los cambios puberales de la adolescencia, ésta vendrá acompañada de nuevas interacciones entre factores cognitivos, conativos, biológicos, interpersonales y socioculturales (Perinat et al., 2003). Como consecuencia de estas interacciones entre factores y cambios que operan fruto de la pubertad, va a ser una realidad muy común la alteración de la percepción del peso o de la figura corporal. Esta alteración puede desembocar en no saber o no poder juzgar lo que es normal o anormal con respecto al tamaño del cuerpo (Valverde, De Los Santos & Rodríguez, 2010). Un gran número de adolescentes comenzará a inquietarse por los cambios corporales, así como por la propia imagen que mostrará al mundo de sí mismo.

Estas imágenes, como describen Perinat et al. (2003), se harán realidad en el contexto social en el que esté inmerso el adolescente, es pues esta imagen del propio cuerpo una imagen multidimensional. Así, dentro de esta autoimagen habrá diferentes

formas de sensibilidad: *visceral, muscular, epidérmica*, las cuales integrarán dicha autoimagen.

Existen diferencias entre sexos en cuanto a la preocupación por la imagen corporal. Autores como Valverde, De Los Santos y Rodríguez (2010) describen cómo mientras los varones se preocupan más por tener una imagen corporal donde predomina la musculación, las chicas poseen unos ideales de belleza más asociados a la delgadez.

En Figura 1.3 podemos identificar algunos cambios que comenzarán a observarse propios de la pubertad.

Figura 1.3 Cambios físicos que acontecen en la pubertad.

| Cambios en la pubertad | |
|------------------------|--|
| En las niñas | <p>Senos: el comienzo ocurre entre los 8 y los 13 años; formas adultas entre los 13 y los 18 años.</p> <p>Estirón: comienza entre los 9^{1/2} y los 15 años; talla adulta entre los 13 y los 17 años.</p> <p>Vello púbico: aparición entre los 8^{1/2} y los 14 años; formas adultas entre los 12 y los 17 años.</p> <p>Menarquía (primeras reglas): entre los 10 y 17 años; en promedio 12^{1/2}-13 años.</p> |
| En los varones | <p>Testículos: comienzo entre los 9/10 y los 13^{1/2} años; maduración completa: entre los 13^{1/2} y los 17 años.</p> <p>Pene: comienzo entre los 13^{1/2} y los 14^{1/2} años; desarrollo completo: entre los 13^{1/2} y los 17 años.</p> <p>Vello púbico: comienza entre los 10 y los 15 años; realización del modelo adulto: entre los 14 y los 18 años.</p> <p>Estirón: comienzo entre los 10^{1/2} y los 16 años; la talla adulta se alcanza entre los 13^{1/2} y los 17^{1/2} años.</p> |

Fuente: Extraído de: Perinat, Corral, Crespo, Domenech, Font, Lalueza, Larraburu, Martínez, Moncada, Raguz, Rodríguez-Tomé (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial*. Barcelona: UOC.

Respecto a la autoestima, tal y como expone Perinat (2003), cabe subrayar que ésta correspondería a la dimensión evaluativa de la identidad e incluiría representaciones de uno mismo, así como también las creencias sobre sí mismo. Además, esta imagen se formará a partir de la infancia. Es decir, es una especie de

autovaloración influenciada por las vivencias, la historia personal y la valoración que las personas importantes de su entorno social hacen de él. Como afirman Zapata, Cano y Moyá (2002), los procesos psicológicos implicados en esta autoestima, serán fruto de la historia personal y de las experiencias acontecidas ante situaciones a las que han tenido que hacer frente.

Los medios de comunicación están condicionando la valoración que los adolescentes efectúan sobre su apariencia física. Ha de quedar claro que, como indica Perinat (2003), si es una valoración positiva aumentará su seguridad, mientras que si es negativa crecerá la incertidumbre. Es innegable el hecho de que los perfiles de identidad adolescentes quedarán moldeados por la imagen que tengan de sí mismos y por su propia autoestima. Este perfil identitario adolescente, será como plantea Uriarte (2008) diferente al de un adulto, en primer lugar, porque el adolescente se define y describe por *las carencias que observa en sí mismo* y percibirá el proceso hacia la adultez como *un proceso lleno de ganancias a obtener* (p.303); mientras que el adulto se define por lo que es, por lo que tiene y por lo que siente en sí mismo.

Figura 1.4 Criterios que definen la identidad por orden de importancia.

| | Identidad adolescente | Para ser adulto | Identidad adulta |
|----|---|---|---|
| 1º | Cualidades psicológicas individuales (35.9%): - Cualidades negativas (22.5%) - Cualidades positivas (13.4%) | Mejorar las cualidades psicológicas (45%) | La responsabilidad (26.9%) - Tener responsabilidad (16.3%) - Ser responsable (10.5%) |
| 2º | Estilo de comportamiento propio (17%) | Independencia familiar y económica (17.3%) | Cualidades de la personalidad (19.2%) - La madurez (7.6%) - Otras cualidades (11.6%) |
| 3º | La dependencia (15.8%) | Trabajo remunerado (15.6%) | Estilo de pensamiento (14.5%) |
| 4º | La falta de responsabilidad | Tener más y mayores responsabilidades (12.1%) | La independencia (14%) |
| 5º | Metas propias y disfrutar de ser adolescente (6.7%) | Formar una familia (6.9%) | Tomar decisiones (7.3%) |
| 6º | Seguir formándose (5.4%) | Tener más edad (2.6%) | Las relaciones sociales (4.2%) |
| 7º | La edad (4.8%) | | Forma de comportarse propia (4%) |
| 8º | La falta de trabajo remunerado (4.2%) | | La edad (2.8%) El trabajo (2.7%) Las experiencias (2.7%) Tener familia propia (1.2%) |

Fuente: Extraído de Uriarte (2008). Identidad después de la adolescencia. Trayectorias y características. *INFAD Revista de Psicología* 1(1), 295-306.

Gracias a esta información, podemos desentrañar y discernir la característica inmadurez que va a identificar a muchas de nuestras gestantes adolescentes, frente a la madurez psicológica característica propia de las adultas.

La adolescencia se va a caracterizar por una *dependencia*, frente a la adultez más identificada con una *independencia* (Uriarte, 2008). Este autor ha elaborado un cuadro comparativo en el que esclarece los criterios que definirían la identidad por orden de importancia (Uriarte, 2008). Uriarte (2008) subraya también, cómo la identidad adolescente se definiría por los criterios: cualidades psicológicas individuales (35,9%), estilo de comportamiento propio (17%), dependencia (15,8%), falta de responsabilidad, metas propias y disfrutar de ser adolescente (6,7%), seguir formándose (5,4%), edad (4,8%), y falta de trabajo remunerado (4,2%). Las diferencias entre la percepción de identidad adolescente e identidad adulta, se resumen en Figura 1.5.

Figura 1.5. Criterios que definen la identidad del adolescente y la identidad del adulto.

| IDENTIDAD ADOLESCENTE | IDENTIDAD ADULTO |
|--------------------------------------|--|
| Se define por carencias psicológicas | Se define por lo que es, por lo que tiene, por lo que siente |
| Inmadurez psicológica | Madurez psicológica |
| Dependencia | Independencia |
| Sin responsabilidades | Más y mayores responsabilidades |
| Orientado en el presente | Orientado hacia el futuro |

Fuente: Extraído de Uriarte (2008). Identidad después de la adolescencia. Trayectorias y características. *INFAD Revista de Psicología*, (1), 295-306.

En este sentido, podemos inferir cómo la identidad del adolescente se definiría por carencias psicológicas, inmadurez, dependencia, ausencia de responsabilidades y una orientación al presente. Sin embargo, la identidad adulta se definiría por la definición que podría hacer un adulto de él mismo en función de lo que tiene o siente, de su madurez psicológica, su independencia, sus responsabilidades y su orientación más enfocada hacia el futuro (Uriarte, 2008, p. 304).

En otra instancia, si por algo es conocida la adolescencia, es por ser el momento de la vida donde *“lo embarazoso es casi la regla”* (Kait, 2007). El embarazo y la adolescencia, comparten entonces ciertas incógnitas e interrogantes que le son comunes: ¿es el comienzo o el fin de algo?, ¿es cierre o apertura?, ¿encuentro o despedida? (Kait, 2007).

La adolescencia constituye un periodo de transición, como lo es el embarazo. Como expresa Kait (2007), *“la adolescencia no es una edad, no es un tiempo, es un espacio definido por una falta de lugar”*, la adolescencia constituye pues, un periodo de *“egoísmo”* de preocupación y focalización del individuo en sí mismo. En esta etapa serán frecuentes los enamoramientos intensos y también, los rápidos desencuentros (Fajardo, Ruiz, Ventura, 2003).

Las relaciones románticas entre adolescentes a menudo desplazarán o romperán relaciones familiares (Joyner y Udry, 2000; Soller, Haynie, & Kuhlemeier, 2016), pues ocasionalmente, traen consigo rupturas de relación o violencia dentro de la pareja, todo ello puede repercutir negativamente en la salud mental de los adolescentes (Joyner y Udry, 2000; Soller, Haynie, & Kuhlemeier, 2016; Longmore, Manning, Copp y Giordano, 2016). Soller et al. (2016) han examinado cómo la actividad sexual dentro de las relaciones románticas influye también en la salud mental de los mismos. Estos autores dieron visibilidad a la existencia de unas diferencias de género en cuanto a actividad sexual, así como pusieron en evidencia que esta actividad podía ser inofensiva para la salud mental del adolescente siempre y cuando, la autenticidad de la relación fuese una realidad entre ambos.

En esta línea, podemos concluir que, la adolescencia constituye un periodo donde el individuo tendrá la necesidad de encontrar su rol sexual (Sánchez, 2016), siendo ésta, una fase cargada de ambivalencias. En esta dirección, Ana Freud describía la adolescencia como un periodo ávido de conflictos emocionales o desequilibrios psíquicos. Es decir, perfilamos un periodo en el que todo individuo siente y experimenta que ya no es *“pequeño”*, pero tampoco *“se siente adulto”*. Esta adolescencia traerá consigo nuevos modos de relación entre el adolescente y la sociedad en la que está inmerso.

No podemos obviar, ante estos nuevos modos de relación que, como revelaron Soller et al. (2016), en algunas relaciones entre adolescentes, el ponerse de acuerdo en cuanto a la actividad sexual a practicar puede ser especialmente problemático. Esto ocurre cuando los dos miembros de la pareja, por ejemplo, no están de acuerdo sobre si practicar alguna actividad sexual, o no son capaces de armonizar o acordar cuándo practicarla. Tal y como aseveran Perinat et al. (2003), las estadísticas de las relaciones sexuales entre adolescentes muestran diferencias en función de la clase social, el entorno de residencia y otros aspectos culturales y religiosos.

Tal planteamiento nos lleva a dar por hecho, que la adolescencia conformará una etapa de transición hacia formas de comportamiento personal y social propias de la vida adulta. Los adolescentes van a establecer nuevas formas de interpretación de la realidad personal, física, social, de comportamiento y de actuación sobre esa realidad (Fajardo, 2003). Será trascendental en esta etapa la combinación e interacción entre los cambios de tipo corporal y psicológico que harán que, *el o la adolescente se muestre irritable, rebelde, e incluso, aturdido* (Fajardo Caldera, 2003, p. 40).

1.2. Ser gestante

“¿Qué significa e implica ser gestante?, ¿qué tienen en común la gestación y la adolescencia?”. Para dar respuesta a estas cuestiones, hemos de comenzar acometiendo algunas de las heterogéneas acepciones que el término “embarazo” puede englobar, para posteriormente, continuar con su comprensión y definición.

De este modo, en términos de: *“dificultad”, “encogimiento”, “impedimento”, “falta de soltura en los modales de acción”*, podemos aproximarnos a algunos de sus significados más primigenios (Kait, 2007). Heterogéneas acepciones, que permiten simultáneamente, poder caracterizarlo como uno de los procesos más trascendentales para el desarrollo de la mujer.

Tradicionalmente, el feto para las gestantes, sean adultas o adolescentes, ha implicado diferentes connotaciones y acepciones a lo largo de la historia, desde ser considerado *“el nacimiento de nuevas expectativas”*, hasta ser entendido como producto de *“los logros no alcanzados por la mujer”*, o incluso *“el origen de algo nuevo, el surgimiento de una nueva parte de sí misma”* (Langer, 1983).

A pesar de los sucesivos intentos de aunar planteamientos teóricos o esquemas conceptuales de trabajo con orientaciones precisas y concretas de actuación, el estudio del embarazo desde un punto de vista psicosocial, no ha logrado, sin embargo, la relevancia que debiera y todo ello, a pesar de las evaluaciones y connotaciones que le han rodeado (Weed y Nicholson, 2014). De igual forma, por el contrario, el papel de los mitos en esta temática sí ha sido más que notable.

El mito tal y como se originó en los pueblos primitivos, *“no sería sólo un relato, es una manifestación de la realidad viviente, que sigue teniendo fuerza en el mundo, especialmente en el destino de muchas personas”* (Fajardo y Vicente, 1998, p.48). Pues,

a pesar de no tener carácter científico, éste ha obedecido a una realidad histórica, y en este sentido, la presencia de los mismos en el embarazo o en la fertilidad de la mujer, ha sido más que evidente y trascendental.

El embarazo y el coito, tanto humano como animal, han sido dos realidades representadas ya desde el paleolítico superior, despertando curiosidad y suscitando un interés continuo. Los santuarios eran lugares donde se enseñaban estrategias de reproducción a “*iniciados*”, a la par que estos mismos “*iniciados*”, experimentaban una preocupación característica por temas como la reproducción, el erotismo y la sexualidad. Angulo, Eguizabalb y García (2007) precisaron este hecho, sugiriendo que desde el paleolítico, tanto hombres como mujeres, eran conscientes de su papel en la procreación, y comprendían en qué consistían la fertilidad así como la vida sexual en pareja. “*Cópula, preñez y parto, estaban minuciosamente secuenciados en las mentes de nuestros antepasados*” (Angulo et al., 2007).

Más allá de estas representaciones, el embarazo siempre ha sido considerado un “*fenómeno natural*” del que surge el nacimiento de un bebé. Si bien, Dana y Marion (1993) precisaron que éste no constituiría un tema baladí, pues durante nueve meses se irá formando una vida nueva. Para Dana y Marion (1993), este embarazo fruto de la unión de dos núcleos de células, será diferente en cada mujer de acuerdo a su historia personal.

Cada caso individual tendría muy poco en común con *las deshumanizadas estadísticas*. Es decir, aunque la edad ideal para dar a luz podría situarse entre los 20 y 29 años, lo acuciante vendría dado por vivir el embarazo de forma responsable, por lo que es preferible ser una mujer gestante de 38 años plenamente consciente y responsable, que una jovencita de 20 años irresponsable (Dana y Marion, 1993).

En el siguiente apartado argumentaremos de forma más pormenorizada la importancia y el papel que desempeña una gestación en la vivencia adolescente.

1.3. Ser gestante y adolescente

Tal y como afirma Sánchez (1998), “*contextualizar históricamente un ámbito de investigación nos ayuda a objetivar sus conocimientos, y a entender la génesis de los pasados o actuales logros, descubrimientos, aportaciones e incluso posicionamientos científicos*” (Sánchez, 1998, p. 111).

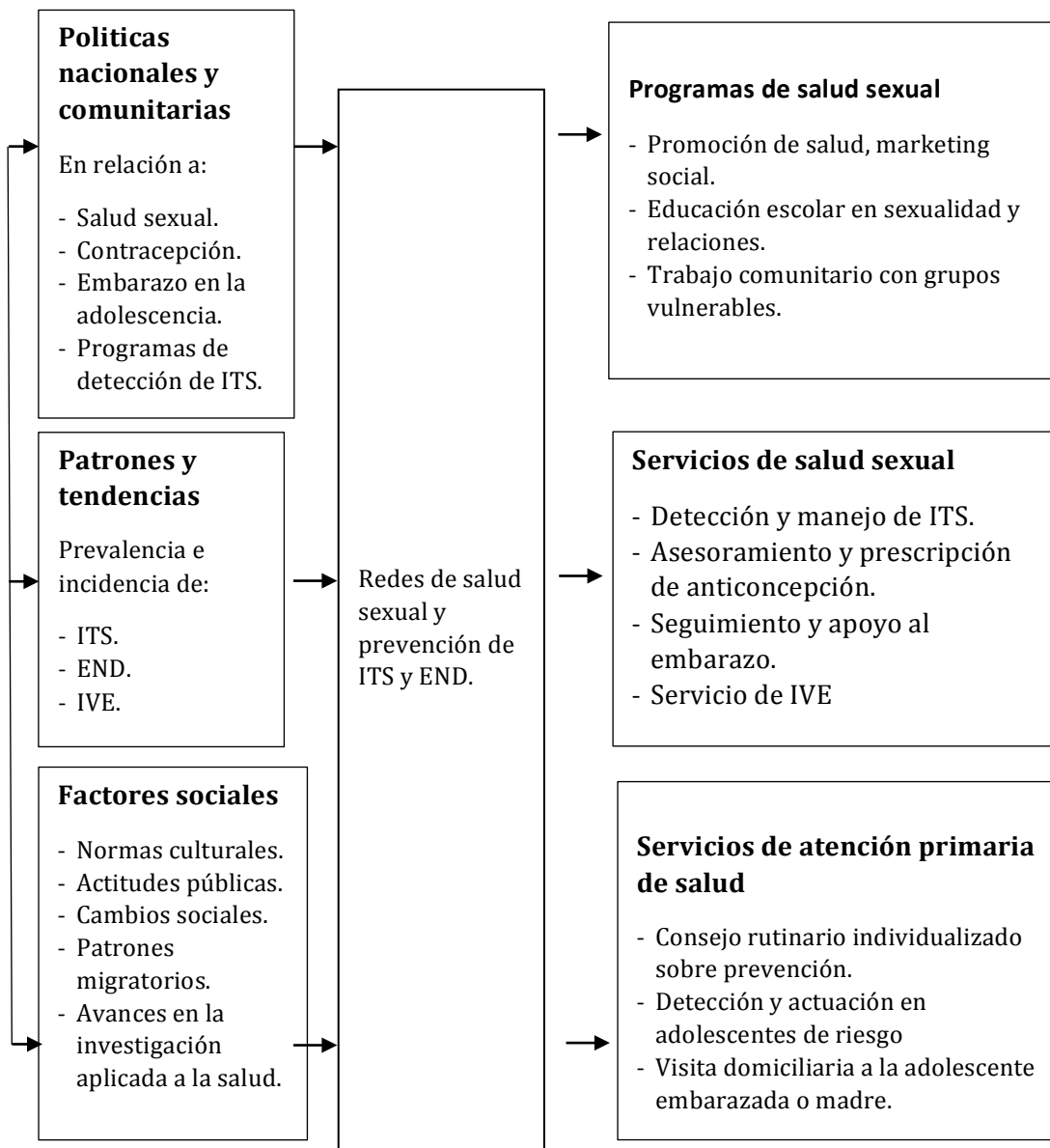
En las últimas décadas, y gracias a la literatura científica sobre esta materia, hemos podido avanzar en el conocimiento de la gestación adolescente (Lafuente, 1995 citado en Fernández y Sánchez Cabaco, 2005; Chase, Maxwell, Knight & Aggleton, 2006; Calessio, 2007; Armengol, Chamarro y García-Dié, 2007; Savio Beers y Hollo, 2009; Álvarez et al., 2012; Garrido y Sánchez, 2016); especialmente, al poner énfasis en el planteamiento de “*la edad*” como variable que incide y vuelve más “*particular*” el desarrollo de este complejo proceso (Garret y Tidwell, 1999; Hockaday, Crase, Shelley y Stockdale, 2000; Larson, 2004; Wilkinson, 2004).

A pesar de los esfuerzos destinados a la investigación e intervención en este tema, no se ha logrado aún inspeccionar de manera significativa algunos aspectos que rodean esta problemática (Lugo, 2013). Todavía siguen predominando estereotipos y prejuicios en torno a las gestaciones tempranas, se sigue haciendo alusión a las mismas bajo connotaciones muy negativas, perfilando siempre sus limitaciones y los efectos irreversibles que ese embarazo va a suponer para sus proyectos vitales.

La OMS considera que el embarazo adolescente constituye un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que éste comprende para la madre, para el feto, así como por las secuelas psicosociales que deja, y particularmente, por las consecuencias que resuenan en su proyecto de vida (Colomer Revuelta 2013, p.261). Colomer (2013) dadas estas consecuencias, sintetizó a través de este gráfico (Fig. 1.6), diferentes factores implicados en la promoción de la salud sexual.

Gracias a él podemos identificar cómo las actividades grupales de educación sexual, el asesoramiento individualizado, los servicios de salud o la mejora en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos pueden ponerse en marcha y así evitar nuevos embarazos no deseados o incluso reducir los riesgos o repercusiones del mismo.

Figura 1.6. Intervenciones en salud sexual en menores de 18 años.

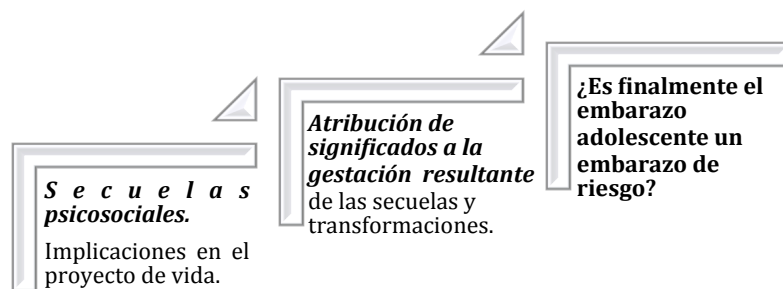


Fuente: “*Prevención del embarazo en la adolescencia*”. Colomer y Martínez (2013)

En ese apartado, hemos podido dilucidar cómo algunas propuestas del pasado sobre el embarazo aún se siguen sosteniendo, conformando núcleos o ejes de investigación en nuestro presente. Así, en la actualidad, se siguen fomentando y/o actualizando programas que ya se acometían años antes para prevenir los embarazos adolescentes u otras enfermedades de transmisión sexual. Es incuestionable llegar a la conclusión de que, a pesar del progreso acaecido estos últimos años, hemos de prosperar más en cuanto a resultados y propuestas a alcanzar en este ámbito.

La investigación publicada en las últimas décadas, coincide en constatar que las consecuencias vinculadas al proceso de gestación durante la adolescencia son múltiples, al igual que los significados que las adolescentes atribuyen a esta maternidad. De igual forma, Escobar y Escobar (2013) advierten que estos significados estarían determinados por instancias psíquicas, las cuales, de manera interrelacionada, darían sentido a este proceso. La adopción del rol materno, por ejemplo, supondría un proceso cognitivo y social aprendido gracias a la interacción, que condicionaría, además, la forma de afrontar un embarazo (Garrido y Sánchez, 2016).

Figura 1.7 Embarazo adolescente: implicaciones y consecuencias.



Fuente: Elaboración propia.

En el próximo apartado se ofrecerá una visión de la gestación adolescente sujeta a su evolución histórica, no eliminando por ello, el énfasis que merecen los núcleos o ejes que vertebran el estudio de esta temática. No es una tarea sencilla reflejar una estructuración rígida del conocimiento científico acumulado en materia de embarazo adolescente dados los diferentes focos de atención que se han proyectado a lo largo del tiempo.

1.4. Breve recorrido histórico de la gestación y el papel de la gestante en la literatura psicológica y social hasta finales del siglo XX

Históricamente, el embarazo adolescente se ha entendido de forma diferente en función de las connotaciones socio-culturales y los mitos que han impregnado diferentes épocas.

Así, en la Edad Antigua, en Grecia y Roma, la mujer podía tener como aspiración vital ser “buena madre”, esta aspiración frecuentemente se acompañaba de una falta de reconocimiento de otros papeles de la mujer en la sociedad. A modo de ejemplo, eran

los maridos los que aprobaban si podía llevarse a efecto o no un contrato matrimonial (Vallejo, 1998).

En Roma, eran los doce años la edad que por derecho una niña ya podía contraer matrimonio, mientras que, en la Grecia clásica, las niñas se casaban con posterioridad a su pubertad, entre los dieciséis y los dieciocho años. Unesco (2015) por su parte, afirmaba que, mientras que en Grecia prevalecía una educación más liberal e integradora, en Roma esta educación liberal perdía relevancia, y era exclusiva para los ciudadanos libres. Si la mujer proseguía después de los 16 años, por ejemplo estudiando filosofía, se vería inmiscuida en un peligro añadido, para ella misma y para su padre, pues este hecho era tachado y considerado una “*hazaña*” muy próxima al libertinaje.

En todas las culturas, desde las más antiguas hasta las más actuales, el proceso de concepción o de aborto, no ha permanecido exento de connotaciones morales, dando lugar a diferentes formas de evaluar la licitud o ilicitud de las prácticas desarrolladas a lo largo de generaciones (Da Costa, 2011). En esta línea, podemos referenciar cómo en Grecia y en Roma, era común el infanticidio en distintas modalidades, una de ellas consistía en abandonar al hijo cerca de un templo religioso (Da Costa, 2011, p.94.).

En ocasiones, tal vez por la carencia de métodos anticonceptivos, algunas madres recurrían a esta práctica como medio para eliminar un problema, así como también llevaron a efecto una serie de prácticas peligrosas para su salud física y mental muy próximas al aborto (González, 2015).

Las actitudes y conductas durante la Edad Media continuaron en la misma dirección, caracterizándose por una inutilización de métodos anticonceptivos a la hora de mantener relaciones sexuales (Vallejo, 1998; Carañana, 2012), simultáneamente, además, seguían proliferando casos de infanticidio. Los métodos anticonceptivos más usuales eran ciertas drogas abortivas, las tinturas esterilizantes y la creencia en prácticas mágicas como el uso de amuletos (Vallejo, 1998), algunas personas creían que esos amuletos encerraban poderes sobrenaturales (Cartelle, 2000).

En la Hispania medieval, según Corrales (2011), tener un hijo para una mujer constituía una forma de alcanzar plenitud, siempre y cuando el momento de tenerlo fuera el adecuado. Cuando el niño no era deseado, el aborto constituía una opción válida. También, se recurría a él, cuando la gestación generaba vergüenza para la mujer. El aborto se podía o no considerar delito o pecado en función de dos criterios: el

primero, en función del sexo del bebé, y el segundo, en función del tiempo transcurrido desde que éste nacía (Rubio, 2010).

Durante el Renacimiento, las conductas sexuales fuera del matrimonio estuvieron más sometidas a control. En el siglo XVII, el embarazo era considerado “*un asunto de mujeres*”, siendo ellas las que tenían que afrontar y aliviar su dolor, acompañadas de frecuentes supersticiones y prejuicios sociales (Pires, 2010). Esta restricción característica continuará parte del siglo XVIII, pero sin embargo, no impedirá que muchos jóvenes no esperen hasta los veinticinco y veintinueve años para casarse (Vallejo, 1998). En realidad, los adolescentes y los adultos eran más similares de lo que lo que a la sociedad le importaba entonces reconocer; y es que tradicionalmente, se había asumido la adolescencia de forma separada respecto a la edad adulta (Macleod, 2013).

En la edad Moderna, la actitud frente al aborto y la anticoncepción fue bastante ambigua. Ahora bien, en el campo obstétrico se reprobaba el aborto por razones médicas, además de por “*motivos de moralidad*” (Vallejo, 1998, p.27). La pérdida de un hijo por causas naturales suponía para algunas mujeres: “*la decadencia, la esterilidad y la desesperanza*” por no poder alcanzar la reproducción, pero para otras, constituía una fuente de alivio (Corrales, 2011).

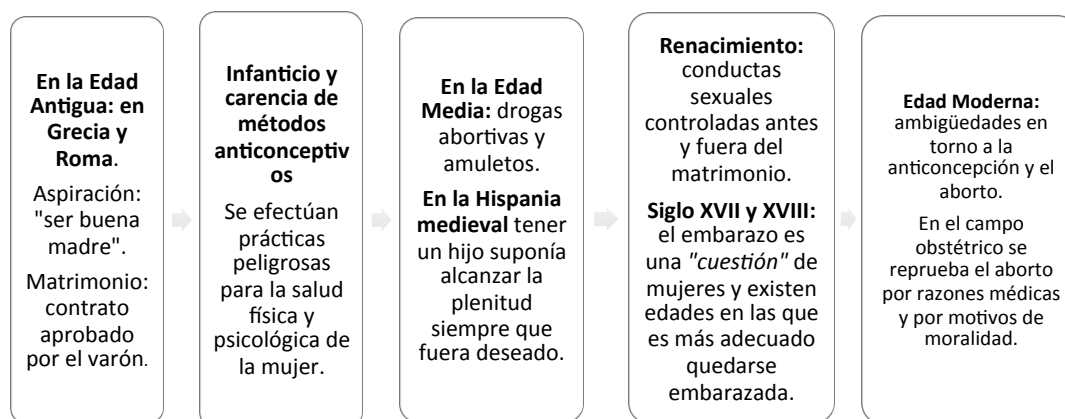
Durante el siglo XIX, el papel de la mujer continuaba relegado al hombre, incluso hasta finales de este siglo podía seguir el varón ejerciendo su voluntad sobre la mujer (Vallejo, 1998). Al mismo tiempo, los avances médicos favorecieron que los demógrafos comenzaran a advertir las consecuencias negativas de los abortos. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, dio comienzo una defensa a favor del aborto voluntario. Será en este siglo, cuando además, se reconozca la adolescencia como el conglomerado de cambios emocionales y sociales que sucederán con posterioridad a la niñez.

Ya en el siglo XX, podemos incluso aludir al tema de la promiscuidad en la adolescencia. Precisamente Stanley Hall, defendía que la espera prolongada para la intimidad sexual en la adolescencia daría lugar a una sociedad más civilizada; la promiscuidad suponía entonces, “*un deterioro de la sociedad*”. Respecto a este tema, autores como Macleod (2013) también sugieren que este enfoque negativo se debió a los cambios acontecidos respecto a cómo la sociedad trataba a las mujeres.

De hecho, entre 1950 y 1960, las mujeres eran juzgadas moralmente si se quedaban embarazadas fuera del matrimonio. El descubrimiento y comercialización de la píldora anticonceptiva posibilitaría regular los nacimientos de forma eficaz y segura. De este modo, se produjo una disminución, aunque leve, de los embarazos en el mundo occidental (Pires, 2010).

En el siglo XX, dados los avances citados y la influencia creciente de los medios de comunicación, comienza a extenderse el modelo de mujer basado en “*madre, esposa y ama de casa*”, modelo que va imponiéndose a través de los medios de comunicación (Pires, 2010). Europa Occidental asiste a principios del siglo XX a un cambio radical de actitud respecto al aborto, el cual con frecuencia se reprueba. Al mismo tiempo, a principios del XX van surgiendo movimientos feministas en Europa que defienden la maternidad libre y responsable (Cifrián, 1986).

Figura 1.8 Embarazo adolescente: aspectos relevantes en su evolución.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico elaborado (Vallejo, 1998; Corrales, 2011; Da Costa, 2011; Enesco, 2015; Rubio, 2010; González, 2015...).

Tras esta breve introducción histórica, hemos de anticipar que, las primeras referencias específicas científicas de la gestación adolescente que vamos a incorporar, emergieron a partir de la década de los años sesenta del siglo XX. Esta década, se caracterizó precisamente por un creciente control de los embarazos y obedeció a una mejora de la calidad de vida de la gestante y mujer. De hecho, las mujeres pudieron ir progresivamente alcanzando su propósito de ir regulando su fecundidad, emergiendo anticonceptivos orales y otros métodos contraceptivos o dispositivos intrauterinos (Pérez, 2009).

Parte de todo este progreso encontró su razón de ser en la utilización de métodos anticonceptivos, pero también, en la medicina preventiva y en el progreso social, pues fueron factores que posibilitaron un aumento del control de los embarazos no deseados (Salguero, 2005).

De este modo, en esta década y siglo, en nuestro país el rol materno comenzó a tomar fuerza en forma de cambio positivo para la mujer. Según las autoras Bravo, Figueras y Gómez (2014), a través de revistas y otros medios de comunicación fue extendiéndose el ideal de “*perfección maternal*”, que subsistió en medio del conflicto entre la tensión que generaba conciliar el papel de la mujer en la economía de mercado, y por otra, el establecimiento de lazos sólidos y fuertes en el seno familiar.

Por esta razón, se incrementaron las demandas de los servicios de salud reproductiva, así como las estrategias de reproducción asistida, las cuales posibilitaron que numerosas parejas pudieran acceder a la paternidad satisfaciendo así, su deseo de ser padres (Salguero, 2005). Como subraya este autor, durante la década de los sesenta, fruto de una progresiva y lenta emancipación de la mujer, y junto a una mayor liberalización de la sexualidad, presenciáramos un gran progreso en torno a la anticoncepción.

Respecto a esta temática reproductiva, resulta inevitable precisar la influencia de los medios de comunicación, así como la importancia de la democratización de la sociedad, las cuáles fueron dando paso firme a un mayor control sobre la reproducción (Pires, 2010). Atendiendo a estas consideraciones, Salguero (2005) describe cómo en la España de 1964, anticonceptivos u ovulísticos “*reposo del ovario por indicación médica*” proliferaron y se recetaban para regular el ciclo menstrual o regular el acné, lo que favoreció a su vez, un mayor control de los embarazos.

De ese modo, en 1965 la venta de anticoncepción hormonal a las mujeres que podían acceder a ellas se fue extendiendo. En cuanto a los nacimientos de niños de madres adolescentes no casadas, crecieron espectacularmente en las chicas de entre 15 y 17 años, además en 1960 el 33% de los niños nacían fuera del matrimonio (Flores, González y Huertas, 1997).

Macleod (2013) sostiene además, que los medios de comunicación solían emplear el término “*embarazo adolescente*” de forma negativa, alegando que desde los 70, a nivel mundial, la gestación adolescente fue vista como problemática. Al respecto,

podemos referenciar a Sánchez-Pacheco (2016) quien respaldó que existirían diferencias entre unos embarazos y otros, en función de si la pareja disponía o no de recursos necesarios para poder afrontarlo o de la existencia de problemas familiares graves.

En 1977, la Encuesta de Fecundidad realizada en España a mujeres de todo el país, registró cómo las jóvenes de entre 15 y 24 años manifestaban mayor conocimiento sobre anticonceptivos eficaces que las mayores de edad, con edades comprendidas entre los 40 y 49 años. Además, el casi 90% de las jóvenes revelaron haber empleado diferentes métodos anticonceptivos, así como expresaron poseer un mayor conocimiento y práctica del “*método del ritmo*”, de la “*lactancia prolongada*”, o la “*abstinencia periódica*”, los “*lavados vaginales*” o “*coitus interruptus*”. Simultáneamente, algunos factores que favorecieron la baja fecundidad fueron por un lado, el mayor índice de abortos, así como el mayor grado de continencia en las parejas y en los matrimonios (Salguero, 2005). Los embarazos que se produjeron en esta década, específicamente en adolescentes, se impregnaron de connotaciones muy negativas, ya que muchos de ellos empezaron a ocurrir fuera del matrimonio (Macleod, 2013).

De igual manera, a finales de los setenta, y a pesar de todos los avances significativos alcanzados, asistimos a contradicciones en lo que a derechos y deberes de la mujeres se refiere (Aguiar, 2009). A nivel internacional, aún no se habían extendido algunos derechos y deberes, y sin embargo, crecía la producción de artículos que pretendían innovar en la mejora de la calidad vida de las gestantes adolescentes, especialmente la de aquellas que se encontraban en una situación de especial vulnerabilidad. McMurray (1968) promotor de uno de los diseños de proyectos dirigidos a gestantes, fue uno de los investigadores que efectuó su estudio en el ámbito sociocomunitario y diseñó programas de atención para la optimización de la calidad de vida de estas adolescentes.

Entre otros autores de esa década, podemos citar a Von Der Ahe (1969), quien verificó la influencia negativa que ejercían factores ambientales desfavorables en una gestación precoz. Todo ello, con el objetivo básico de intentar poner fin a éstos, neutralizándolos de algún modo y haciendo realidad la puesta en marcha de líneas de investigación en torno a las carencias detectadas (Von Der Ahe, 1969). Sus resultados pusieron énfasis en factores ambientales no controlados y en la potente influencia del

entorno familiar. Eran comunes en la muestra los hogares rotos por el alcohol y por la enfermedad psiquiátrica.

Se teñía así, de graves dificultades, la realidad cotidiana de estas futuras madres, cuya situación probablemente, podría prolongarse o agravarse después de la gestación. Enfermedades psiquiátricas presentes antes y/o durante la gestación, también se relacionaron con estas dificultades. En este sentido, Gabrielson, Klerman, Currie, Tyler y Jekel (1970) indagaron en el tema del suicidio en una población de embarazadas adolescentes con “profundas dificultades”. Justo entre los años 70 y los 80 pudimos asistir a un verdadero crecimiento de servicios sociales destinados a estas gestantes, así como a un desarrollo óptimo de propuestas educacionales como respuesta (Aguar, 2009).

En los años setenta, prosiguió la preocupación respecto a la utilización de anticonceptivos como el DIU (Jekel, Klerman, y Bancroft, 1973), siendo esta medida asimismo, optimizada al ser combinada con terapias de grupo (Goldman, Murphy, y Babikian, 1973). Por su parte Lane, ese mismo año, constató que la anticoncepción para adolescentes sería una de las soluciones al problema del embarazo, considerando el DIU como “una posible salida” para aquellas adolescentes que presentaran unas circunstancias contextuales desfavorables y temieran la posibilidad de olvidar utilizar un método anticonceptivo en futuras relaciones. En estos casos, la perspectiva de investigación adoptada era médica, donde las pacientes (gestantes) sufrían las consecuencias del embarazo, para el que no se encontraban preparadas, - al menos desde una perspectiva biológica-, ni se percibían competentes para la resolución satisfactoria de la maternidad (Guerrero, Chavez, González, Peredo y Karchmer, 1975).

Volviendo la mirada a estas décadas, tal y como informan Buxarrais et al. (2012), durante principios de los 70 predominó un activismo político y un compromiso social, *“los muros entre la escuela y la sociedad fueron derribados, la edad para votar se bajó en algunos países y los jóvenes exigían derechos y deberes como adultos”* (Buxarrais et al., 2012, p.65).

Fue a partir de esta década de los 70 cuando la prevención en materia de embarazos no deseados se volvió una constante, pues fue proliferando la puesta en marcha de programas preventivos (Hambridge, 1974).

Schnike, (1978), con el fin de poder atender a gestantes de contextos socioeconómicos desfavorables mediante la construcción de centros especializados, exploró novedosas alternativas donde las características individuales y la educación personalizada jugaban un papel fundamental. Las adolescentes usuarias y beneficiarias de estos centros valoraban en general estos servicios como sumamente funcionales respecto a la atención que les proporcionaban, y a la calidad de vida que pretendían y lograban fomentar (Hansen, Brown, y Trontell, 1976).

Es preciso enfatizar, que lo verdaderamente preocupante durante esos años fue que muchos de los programas que se diseñaron (gran parte de ellos a nivel internacional) se quedaban en simples planteamientos y a menudo obedecían a un criterio de segregación y por ende de limitación. Los programas ofertados desde los diferentes contextos públicos y privados pretendían una mayor calidad de vida de estas gestantes, pero finalmente la mayoría de ellos se tradujeron en prácticas relativamente exitosas, pero algo aisladas y puntuales.

1.5. Breve recorrido histórico de la gestación adolescente española en la literatura psicológica y social desde finales del siglo XX hasta la actualidad.

“El secreto de la supervivencia reside en saber cómo hacer que un medio hostil se convierta en tu aliado”. Lao Tse (s.VI a.C).

A pesar del esfuerzo de todas estas iniciativas e investigaciones internacionales en expansión, los embarazos adolescentes fueron una realidad predominante en nuestro país, especialmente durante los años ochenta del siglo XX. Múltiples estudios reflejaron unas expectativas desfavorables en el ansiado camino hacia el éxito personal de estas futuras madres, al mismo tiempo, que conferían a esta realidad mayor visibilidad.

Fue en la década de los ochenta, cuando se concedió especial énfasis a las diferencias que existían entre unos embarazos adolescentes y otros, siendo objeto de interés el conocimiento sobre cómo determinados factores, podrían influir positivamente en ellas. En este sentido, se comprobó cómo aquellas gestantes que durante su infancia y adolescencia recibieron una educación de calidad en su entorno familiar y habían disfrutado de recursos económicos suficientes, eran también las más propensas a alcanzar el éxito personal a pesar de su embarazo (Furstenberg, Brooks-Gunn y Morgan, 1987). En otras palabras, era posible evidenciar ciertos intentos

optimistas de percibir la situación como “un evento no tan desfavorable” siempre que se dieran estas circunstancias que podían predisponerlo positivamente.

Precisamente, Langer, por la profunda descripción psicológica que realizó de las gestantes, nos hizo partícipes de todo lo contrario, es decir, profundizó en aquellos factores que podían influir negativamente en un embarazo adolescente. Así, el estrés de la mujer podría condicionar de forma negativa el embarazo. Este estrés tan propio de las gestantes se resolvería por la identificación de la mujer con personas significativas, especialmente con la figura materna. A pesar de que en la obra de Langer, la atención principal recaía en la “*psique*” de la gestante, no obvió por ello, otras corrientes igualmente relevantes y complementarias en el análisis de la gestación.

En este sentido, Langer aludió a la influencia del ambiente en el embarazo, y así referenciaba a Margaret Mead, quien además confería al entorno, un papel protagonista sobre la gestación. En determinadas publicaciones especializadas en temas antropológicos, Mead llegó a la conclusión de que frente a las funciones propias de la mujer, cada sociedad exhibía sus propios preceptos. Unos preceptos, a los cuales las gestantes han tenido que ir adaptándose, así, en las sociedades donde el embarazo se consideraba que vendría acompañado de náuseas y el parto de dolores, la mayor parte de ellas sufrían dolores y partos difíciles. Si bien, en aquellas sociedades donde no predominaba tal áurea de tabúes y peligros en torno a la mujer, los embarazos y partos transcurrían de forma diferente y más positiva (Langer, 1983).

Margaret Mead, en sus investigaciones, proyectaba cómo en las familias en las que las hijas estaban más o menos influenciadas por el modelo de sus madres, efectivamente, sufrían más o menos respectivamente durante su embarazo. Así, durante el periodo prenatal, algunas de estas mujeres presentaron gran temor al parto ante las protestas de sus madres, mientras que otras gestantes, que eran educadas sin el temor a la gestación, se exhibían frente a él con mayor tranquilidad y no presentaban dichos síntomas (Langer, 1983). En estrecha relación con los elementos reseñados, Mimoun (2004) puso énfasis a la relación que existía entre “*la psique de la mujer y el ámbito ginecológico*”, pues esta vinculación constituiría un eje conductor capaz de dar respuesta a alteraciones o temores presentes en la sexualidad de cualquier mujer.

Damos continuidad a esta década de los 80 con investigaciones como las de Blum y Resnick, (1982), quienes entre otros muchos autores, profundizaron en cómo las

adolescentes, a pesar de su corta edad, tenían que tomar decisiones sexuales tan vitales y complejas, por ejemplo, decidir si proseguir con el embarazo o recurrir al aborto, siendo algunas de estas opciones escasamente respaldadas socialmente.

En este sentido, ya a principios de los noventa, asistimos a un claro incremento desfavorable en el nacimiento de bebés de adolescentes, entre ellos los de las adolescentes españolas (Antona-Rodríguez, Madrid y Aláez, 2003).

En España, durante los años ochenta y noventa del siglo XX, además de promoverse una gran campaña de prevención a favor del preservativo con la finalidad de reducir el VIH, los embarazos no deseados u otras enfermedades de transmisión sexual, asistimos a una especial preocupación por valorar la adaptación de la gestante a este complejo proceso. Investigaciones de los noventa encabezadas por Rhodes, Ebert y Meyers (1994) conformaron sólo una mínima muestra de todo el interés despertado en torno a los apoyos percibidos por las gestantes adolescentes. De este modo, una gran diversidad de soportes personales, académicos y médicos fueron contemplados y examinados de cara a mejorar dicha adaptación (Chen, et al., 1995).

A mediados de la década de los noventa, las enfermedades psiquiátricas, las ansiedades de índole depresiva y otras preocupaciones en torno al parto, conformaron nuevos focos de atención científica. Destacamos aquí, trabajos como los de Nath et al. (1991), Thompson y Peebles-Wilkins (1992) y Nitz et al. (1995), Gómez y Díez (1988) quienes revelaron cómo las gestantes jóvenes de entre 15 y 18 años eran las más susceptibles de padecer las consecuencias negativas de un embarazo. Gómez et al. (1988) sostuvieron además, que esta gestación prematura repercutiría en los resultados neonatales, escasamente similares a los de cualquier otra gestante no adolescente. No obstante, respecto al suicidio, aún en 1997, no existía ningún estudio en España lo suficientemente sólido como para abordar la relación entre el embarazo adolescente y el suicidio durante el mismo.

Tal y como se desprende de todo lo citado, resulta no excepcional, que la literatura científica vinculada a este tema, se centrase en explorar el papel que el apoyo social podía tener en una gestación de este tipo. Schuster, Kessler y Aseltine (1990) sugirieron que el apoyo familiar iba a determinar el ánimo depresivo de las gestantes adolescentes. Al mismo tiempo, en esta década autores como Nath et al. (1991),

Thompson y Peebles-Wilkins (1992) y Nitz et al. (1995) reflexionaron acerca de la influencia que este entorno familiar podía ejercer sobre el estrés de la misma.

Por supuesto, el interés de investigación despertado en torno a estos apoyos, no eclipsó la investigación creciente que se estaba produciendo y que actualmente se produce, en torno a la influencia del propio individuo en el proceso de gestación. Así, en el siglo XXI, la maternidad adolescente empezó a ser considerada como una experiencia vital más en la vida de las mujeres, que conduce a transformaciones drásticas en el estilo de vida de las mismas (Aguilar, 2009).

En materia de apoyos, autores como McDonell, Limber y Connor-Godbey (2007) hicieron visible la importancia de enfatizar trabajos más cualitativos y de carácter longitudinal, así como manifestaron la necesidad de diseñar, desde un punto de vista social, proyectos más específicos de apoyo a la gestante. En esta línea, y frente a esta situación, autores como Díaz Sáenz (2013) pusieron en marcha programas y proyectos de atención a gestantes donde se abordaban una psicoeducación y un acompañamiento psicológico, con el fin de garantizar una excelente atención médica y profesional.

Las controversias continuaron y otros artículos publicados en esta línea incidieron en el apoyo familiar (Sgarbossa y Ford-Gilboe, 2004), así como en el apoyo proporcionado por las amistades de las gestantes adolescentes y otras figuras emergentes surgidas en su mayoría, fruto de las redes sociales (Suler, 2004; Subrahmanyam, Smahel y Greenfield, 2006; Subrahmanyam, Reich, Waechter y Espinoza, 2008; Fajardo y Casanueva, 2010). Al mismo tiempo, autores como Brosh, Weigel & Evans (2009) arrojaron más luz al estudio de la evaluación de estos apoyos citados, con el objetivo de analizar los tipos de apoyo que las embarazadas recibían y comprobar si gracias a éstos, podrían alcanzar sus metas educativas y profesionales.

Es evidente que el apoyo obstétrico también es necesario, sin embargo, no es suficiente, éste debe complementarse con una atención adicional (Lisles, Williams, Brunson, y Batstone, 2011), de esta forma, lograremos maximizar el bienestar y el desarrollo de la gestante. Proyectos como el de acompañamiento psicológico o el de reestructuración cognitiva fueron altamente beneficiosos de cara a maximizar dicho bienestar (Díaz Sáenz, 2013). Pues, gracias a ellos, el embarazo adolescente dejaba a un lado estereotipos negativos dando paso a una concepción en la que era posible una vida satisfactoria.

Todas estas experiencias e intervenciones preventivas o posteriores al embarazo fueron beneficiosas, pues todas ellas independientemente de que su expansión fuera lenta o que su ámbito de aplicación fuese reducido, permitieron al menos en parte, reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual irresponsable, mejorar la calidad de las relaciones sexuales que se producían entre los jóvenes, e incluso facilitar su óptima incorporación a la vida adulta (Colomer, 2013).

En Figura 1.9 se pueden identificar algunos de los puntos clave que predominaron en las últimas décadas en torno a la investigación sobre el embarazo adolescente.

Figura 1.9. Puntos clave en el embarazo adolescente desde el 1980 hasta la actualidad.

| | | |
|---|--|--|
| <p>Años 80 del siglo XX: Expectativas desfavorables en torno al embarazo adolescente. Los artículos que emergen proponen soluciones sobre cómo lograr que puedan alcanzar el éxito personal. Condicionantes sociales y familiares determinan el tipo de embarazo. Comienza a multiplicarse el uso de anticonceptivos .</p> | <p>Finales de los años 80 y principios del 90 del siglo XX: A pesar de la difusión de anticonceptivos se suceden numerosos embarazos adolescentes. Preservativos para reducir el VIH y embarazos no deseados. Proliferan artículos sobre las enfermedades de índole depresiva en torno a embarazos no deseados. Implicación del marco social para la mejora de su realidad.</p> | <p>Principios del siglo XXI. Se concibe el embarazo adolescente como proceso complejo, multifacético, místico y holístico. Se suceden los artículos que exploran las consecuencias sociales de afrontar un embarazo. Se extienden y se concretan las necesidades de educación, las carencias que puedan presentar y se proponen recursos, así como programas de intervención para reducir estos embarazos. Perspectivas más optimistas hacen aparición.</p> |
|---|--|--|

Fuente: Elaboración propia a partir del capítulo 1.5 (Blum y Resnic, 1982, Langer, 1983, Suler, 2004; Subrahmanyam, Smahel y Greenfield, 2006; Subrahmanyam, Reich, Waechter y Espinoza, 2008; Fajardo y Casanueva, 2010, Colomer, 2013...).

En estas experiencias e intervenciones preventivas el apoyo de la pareja resultaba fundamental. Actualmente, el papel de la pareja en el embarazo es explorado dados los efectos tan positivos que tiene en el desarrollo del mismo. Garrido y Sánchez (2016), a raíz de una serie de observaciones realizadas en materia de gestación adolescente llegaron a concluir que, el disponer de una pareja con la que poder compartir responsabilidades, favorecería el que la gestante desarrolle su rol materno de forma más satisfactoria.

Capítulo 2

“Parece pues, existir en la mujer un deseo instintivo de ser fecundada y concebir un niño”.

Marie Langer, 1985, p.32.

“La mayor rémora de la vida es la espera del mañana y la pérdida del día de hoy”.

Séneca. 4 a. C.-Roma, 65 d. C.

CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LA GESTACIÓN ADOLESCENTE EN LA ERA ACTUAL.

El embarazo adolescente en esta segunda década del siglo XXI, se presenta adquiriendo connotaciones y matices muy diversos, que exigen un cuestionamiento del verdadero papel que tiene el apoyo social, así como la política de cada país y continente. A continuación, se proporcionará una breve aproximación a la actualidad y epidemiología de la gestación adolescente.

2.1 Breve aproximación a la actualidad y epidemiología de la gestación adolescente en el mundo.

La maternidad y el embarazo en la adolescencia, han sido objeto de investigación científica especialmente en las últimas décadas. Aproximadamente 14 millones de mujeres adolescentes de todo el mundo de entre 15-19 años dieron a luz un niño en 2009, lo que corresponde al 11% de los nacimientos anuales (OMS, 2009). Según la ONU, las complicaciones en el parto son las principales causas de muerte en mujeres de entre 15 y 20 años en países en vías de desarrollo. El estar casadas en algunos países supone para las mujeres, no sólo una mayor calidad de vida, sino también mayores posibilidades de educación ante un futuro incierto.

A principios de este siglo, tal y como apuntaba Perinat (2003), era ingente la cantidad de adolescentes que se quedaban embarazadas sin desearlo en nuestro país. Asistíamos simultáneamente en ésta y otras sociedades desarrolladas a unas relaciones de pareja débiles y a hogares disfuncionales donde las adolescentes experimentaban soledad e incluso podían vivir en la indigencia (Perinat, 2003; Calderón, 2006; Mendoza 2015; De Pedro y Fernández, 2014; Hernández, 2015).

De acuerdo con las Naciones Unidas, cada año 16 millones de niñas en el mundo menores de 18 años dan a luz, lo que representa más del 10% de los nacimientos en todo el mundo (Dickens, 2015). Tal y como refleja Dickens, a partir del documento publicado por El Comité de la FIGO sobre cuestiones que afectan a la disciplina de obstetricia, ginecología y salud de la mujer; los embarazos adolescentes se producirían debido a la exposición temprana a la actividad sexual, especialmente en las regiones de renta alta o dentro de los matrimonios precoces de ciertas culturas y grupos étnicos.

A nivel mundial y tal y como recoge Garrido (2016), “cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad, más del 90% (11,7 millones) procedentes de países en desarrollo y el 10% (1,3 millones) restante de los países desarrollados (Organización “Save the Children” 2007)”.

La OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en 2011 elaboraron unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de resultados negativos para la reproducción. Las directrices incluyeron seis objetivos principales que citamos textualmente:

Figura 2.1 Breve descripción de objetivos sobre la prevención de embarazos precoces.

| Objetivos sobre la prevención de embarazos precoces. |
|--|
| Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años. |
| Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años. |
| Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes. |
| Reducir las relaciones sexuales forzadas. |
| Reducir los abortos peligrosos entre los adolescentes. |
| Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal. |
| Participar en diversas iniciativas junto con organismos y programas conexos, como la iniciativa H4 en la que también participan ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y el Banco Mundial. La iniciativa tiene por objeto acelerar el progreso hacia la consecución del Objetivo 4 de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil) y el Objetivo 5 (mejorar la salud materna) para 2015. |

Fuente. Directrices de la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

La OMS proporciona apoyo financiero y técnico a los gobiernos con el fin de poder abordar las causas de la mortalidad y morbilidad maternas, neonatales e infantiles,

entre ellas la desigualdad de género, el matrimonio prematuro y el acceso limitado de las niñas a la educación.

Según Whitworth y Cockerill (2016), el embarazo en la adolescencia implicaría serias consecuencias, tanto para la madre, como para el feto. A nivel mundial, alrededor de 50.000 niñas adolescentes mueren cada año durante el embarazo y el parto, y las últimas estimaciones disponibles sugieren que alrededor de 1 millón de bebés nacidos de mujeres adolescentes mueren antes de cumplir un año.

Más allá de las cifras que puedan aproximarse a las gestaciones adolescentes y contextualizando el planteamiento en una sociedad desarrollada, cabe preguntarse cuáles serán las posibilidades de educación y de calidad de vida de estas adolescentes que afrontan una gestación temprana. Atendiendo a este planteamiento, algunos autores ofrecen pinceladas sobre la maduración cognoscitiva de la adolescente y cómo ésta jugará un rol importante. No debemos obviar, que la adolescencia es un periodo apto para una maduración cognoscitiva, la cual implicará en la mayoría de los adolescentes, la capacidad para pensar de manera lógica. Sin embargo, esta maduración cognoscitiva no tiene por qué venir acompañada de una madurez psicosocial (Martínez y Romero, 2004).

Estudios científicos en esta línea, muestran cómo se está produciendo un retraso de la pubertad y un avance de la edad adulta psicológica entre los adolescentes. Sin embargo, *“el ritmo del cerebro parece ralentizarse y hacerse más complejo, alcanzando de forma más tardía un desarrollo total”* (Buxarrais, Feixa, García-Mila, Garrido, Giner, Martí, Martín, Nomen, Paula y Tei, 2012, p. 70). Es evidente que internet está contribuyendo a esa modificación, desarrollo y comunicación de nuestros adolescentes (Robles-Bello, 2013).

Sin duda, en la actualidad, caracterizar a las gestantes adolescentes de nuestro país o de otros países desarrollados europeos, implica conocer desde cómo es su maduración (cognoscitiva), hasta la influencia que ejerce sobre ella toda esa vorágine de cambios tecnológicos que están actuando.

Tras los datos que refleja Europa, nadie discute que en España las TIC han supuesto un elemento indispensable y un eje de organización social, política y económica (UNESCO 2005 en Seybert, 2011; Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2013). Sánchez Teruel y Robles Bello (2013) consideran que aún hay luces y sombras respecto

a este tema, entre las luces, podemos subrayar que la proporción de hogares de la UE con acceso a Internet alcanzó un 73% en 2011, y que más de la mitad de los individuos (56%) de la UE empleaba Internet todos los días o casi todos los días.

Internet se ha posicionado como un eje central a partir del cual se está estructurando una nueva sociedad y un “*nuevo modelo social basado en la información, inmediatez y comunicación como elementos de cohesión*” (Sánchez Teruel y Robles Bello 2013 p. 14). En la adolescencia especialmente, es cuando se produce un mayor incremento, empleando estas nuevas tecnologías digitales para fines de comunicación e información, así como para fines lúdicos, de ocio (chatear, jugar, bajar música y películas) o fines educativos (obtener apuntes, buscar información para complementar...).

La imagen que tiene la sociedad desarrollada y tecnológica de la gestante adolescente, es la de una mujer que va a carecer de recursos económicos y de habilidades profesionales (Chase et al., 2006). Gran parte de estas gestantes permanecerán en el domicilio familiar y disfrutarán de cierta ayuda familiar, vivirán con sus padres, quienes a su vez, podrán facilitarles el poder continuar los estudios y al mismo tiempo, podrán satisfacer la necesidad de apoyo que precisarán durante la maternidad (Chase et al., 2006). Las adolescentes estarán, por tanto, condicionadas por la estructura de oportunidades que la sociedad les brinde (Miño-Worobiej, 2008), pero también, por la imagen que esta sociedad les devuelve de ellas mismas.

Si bien, atendiendo a artículos recientes de principios de este siglo, también podemos hacer alusión a un embarazo adolescente que puede manifestarse en todos los grupos sociales y económicos. Sin embargo, es frecuente localizarlo en las clases sociales más desfavorecidas, pues, con frecuencia, este embarazo suele vincularse a un escaso nivel de formación y a un bajo rendimiento escolar, especialmente en mujeres menores de 20 años (Martin-Loeches et al., 2002).

Son numerosas las investigaciones llevadas a efecto en torno a los estudios o al trabajo que desempeñan estas adolescentes. Al respecto, vamos a enumerar algunas de las conclusiones de tales investigaciones, que consideramos de gran interés para nuestro tema. Mientras que un número de artículos tenderá a relacionar la gestación con el abandono escolar, lo que además dificultará su acceso futuro al mundo laboral; otros han reflejado cómo estas gestantes proseguirán sus estudios aunque con grandes

dificultades (Stevenson, Maton, Kenneth, Teti y Douglas, 1998; Svoboda, Shaw, Barth y Bright, 2012). Esta situación conduce a una mayor dependencia de la propia familia, y en consecuencia, implicará una mayor dificultad para lograr la independencia y la autonomía, generando asimismo conflictos familiares y personales (Black y Nitz, 1996; Espinoza, 2011).

Si efectuamos una comparación de la tasa de embarazos adolescentes entre algunos países europeos, Portugal ha sido uno de los que ha mostrado una tasa más alta de embarazo adolescente y hasta hace unos años, sólo fue superada por Reino Unido (Eurostat 2004 citado por Araújo et al. 2011). Aunque este fenómeno ha sido un tema de preocupación en todo el mundo, su visibilidad ha sido creciente especialmente en los países desarrollados.

Reino Unido continua presentando una de las tasas de embarazo más altas de Europa, concentrándose éstas en las zonas socialmente más desfavorecidas del país (Oficina Nacional de Estadísticas, 2015 citado por Grossman, Charmaraman y Erkut, 2016). *“La mayoría de estos embarazos no son planificados, aproximadamente la mitad, y todo ello aunque tenga como resultado el nacimiento de un niño, debe ser un motivo de preocupación, pues es un tema controvertido”* (Grossman et al., 2016, p.177). Si bien, tal y como manifiestan Whitworth y Cockerill (2016), en el Reino Unido, específicamente en Inglaterra y Gales, la tasa de menores de 18 años embarazadas ha descendido notablemente en comparación con 2010. Pues 34,3 mujeres de cada mil estaban embarazadas en 2010, mientras que en 2011 fueron 30,9 mujeres por cada mil concepciones (entre 15-17 años de edad).

A nivel mundial, el embarazo adolescente continúa siendo un problema común, presentando una incidencia más significativa en determinadas zonas geográficas, especialmente en las menos desarrolladas. A esta conclusión podemos llegar fundamentándonos en los resultados obtenidos por Sedgh, Finer, Bankole, Eilers y Singh (2015), quienes tuvieron por objeto examinar las tasas de embarazo y sus resultados (nacimientos y abortos) en una muestra amplia de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y de niños de entre 10 a 14 años de 21 países. La tasa de embarazo en Estados Unidos entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad fue la más alta (57 embarazos por cada 1.000 mujeres) y la más baja se dio en Suiza (8). Las tasas fueron más elevadas también en México y en los países de África, sin embargo, entre los países con pruebas más fiables, la tasa más alta se hallaba entre los 10 y 14 años de edad y tenía lugar en

Hungría. En países como Haití, Zimbabwe, Tanzania o Paraguay a principios de este siglo sólo un 12% de las adolescentes mujeres usaba anticonceptivos (Raguz, 2003 citado en Perinat et al., 2003).

No podemos dejar de lado el hecho de que las tasas de natalidad entre los adolescentes de países desarrollados han disminuido de manera constante durante la última década y aunque la razón exacta sea aún incierta, el aumento de la accesibilidad a la anticoncepción eficaz es una de las principales razones que se especulan (Elfenbein y Felice, 2003; Treffers, 2003 citados por Malabarey, Balayla, Klam, Shrim, & Abenhaim, 2012). Si bien, la maternidad sigue siendo un tema sumamente preocupante tal y como aseveran autores como Raguz (2003) en Perinat et al. (2003), o incluso autores más recientes como Okumura, Maticorena, Tejeda y Tristán (2015); pues es la principal causa de muerte entre mujeres de entre 15 y 19 años en muchos países (Sina, Valdivieso, Del Pino, 2003; Raguz, 2003; León, et al. 2008; Okumura, Maticorena, Tejeda y Mayta, 2015).

A través de internet, el conocimiento y el acceso a la sexualidad cada vez está más presente entre los adolescentes (Calessio, 2007). Esta situación origina que puedan establecer contacto con imágenes, vídeos o expresiones sexuales desde una temprana edad. Esta autora expone además que debido a esto, el adolescente se siente presionado socialmente para la iniciación sexual. Si bien, diferentes investigaciones apuntan que el comportamiento sexual de los adolescentes está influenciado tanto por aspectos biológicos como por los socioculturales (Ospino y Rodríguez, 2016).

En este sentido, Subrahmanyam, Greenfield y Michikyan (2015) exploraron las relaciones significativas que podían existir entre la adolescencia y los medios de comunicación social. Una de las principales preocupaciones respecto a este tema era la idea de privacidad (García, García y López de Ayala, 2016). Diversos artículos indican que los adolescentes hacen uso consciente de estas redes sociales y tienen la capacidad suficiente como para controlar el acceso a su propio perfil, así como interactuar con los demás de forma regulada (Madden, Lenhart, Cortesi, Gasser, Duggan & Smith, 2013; citado por García et al., 2016). Las gestantes adolescentes, también accederán a estas redes, exhibiendo al mismo tiempo, competencia suficiente para interactuar con otras personas.

Todos estos datos que reflejan las estadísticas mundiales y nacionales nos llevan a poder aseverar que no hemos podido conseguir aún que los adolescentes de nuestro siglo sean competentes en materia de salud sexual y reproductiva a pesar de la vorágine de contenidos e información que están a su disposición. Además se siguen reproduciendo notables diferencias entre las regiones del mundo en cuanto a las relaciones sexuales, a la edad de contraer el matrimonio e incluso en el uso de anticonceptivos.

Esta brecha entre unas zonas y otras, o entre los países desarrollados y subdesarrollados, como apunta Raguz (2003) en Perinat et al. (2003), puede explicarse por esa diferente protección sexual reproductiva. Estas gestantes no dejan de ser adolescentes que se inician en la actividad sexual y están consolidando continuamente habilidades de relación con sus iguales.

Como indica esta autora, están iniciando un proceso en el que la formación de su identidad confluye con la necesidad de desarrollar su individualidad en el ámbito familiar, de amistad y de pareja. La variabilidad, por tanto, queda al servicio de estas gestaciones, en las que predominarán, por un lado, gestantes que necesiten incorporarse a un grupo para desarrollarse como ellas desean, y por otro, aquellas que precisen la compañía de la pareja o de una persona exclusivamente.

2.2 Actualidad del embarazo adolescente en España

Entre los problemas a los que se expone la juventud, el embarazo no deseado es uno de los que más interés suscita en nuestro país, especialmente, por el impacto que genera en el estilo de vida de las gestantes, y por la repercusión física, emocional y económica que supone.

En España cada vez más los adolescentes se inician antes en las relaciones sexuales. Según un artículo periodístico del diario ABC a fecha de 25 de noviembre de 2016, un 33% de jóvenes con edades comprendidas entre 16 y 21 años que ya habían tenido relaciones sexuales habían experimentado diferentes problemas sexuales. Entre estos problemas podemos mencionar tanto la disfunción eréctil como los problemas vinculados con el alcance del clímax. Cada vez más, un mayor número de adolescentes afirman no poder tener relaciones plenas en los tres primeros años de relación.

Asimismo, asistimos a una realidad nacional donde los adolescentes y jóvenes prefieren buscar información sexual en internet. Si bien, no todas las páginas web incluyen una información 100% veraz. Existen páginas web dedicadas a temas emocionales o de sexualidad, en estas páginas predomina un gran volumen de información, sin embargo, los adolescentes en su mayoría desconocen con certeza de donde proviene la fuente o si esta es científica.

En España, el número de embarazos en menores de 17 años fue en progresivo aumento desde el año 2000 hasta el 2010. Las causas del embarazo han sido por lo general, escasamente entendidas (Álvarez et al., 2012). Hemos de insistir en que, a partir de 2000, concretamente en 2004, la incidencia de gestantes adolescentes sumó un total de casi veinticinco mil embarazos entre adolescentes menores de 19 años, de los cuales casi la mitad fueron interrumpidos, casi trece mil.

Tal y como presenta Ibáñez Blanco (2015) actualmente, según el (INE) a fecha de 2013, *“la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo es de 30,2 años por término medio. Además, la edad media continuó ascendiendo y llegó a los 31,7 años (32,2 entre las españolas y 29,1 en extranjeras). Estas cifras se han mantenido más o menos estables hasta la actualidad”* (Ibáñez-Blanco, 2015; p. 4).

Según el INE, tras el ascenso que se produjo entre 1996 y 2008, la tasa de embarazos fue disminuyendo hasta llegar a 2010 a cifras de 2,5/1000 a los 15 años y 20,7/1000, a los 19 años. Entre un 60% y un 90% de estos embarazos no fueron deseados pese a que existían variaciones según el entorno sociocultural analizado (Colomer Revuelta, 2013).

Ibáñez Blanco (2015) basándose en datos del INE (2013), recogió cómo en España, *“la edad media de tener un hijo sería los 31’7 años, esto se debe a un cambio en la mentalidad de la sociedad española, en la que se opta por tener primero una estabilidad laboral y económica”* (Ibáñez Blasco, 2015; p.11).

Gracias a las investigaciones efectuadas por Raguz (2003) y a partir de una organización no gubernamental (REDESS-Jóvenes) dedicada a la salud sexual y reproductiva, se pudo verificar cómo a pesar de que los adolescentes españoles pudieran conocer los diferentes métodos anticonceptivos no se protegían suficientemente en las relaciones, pues entre otras razones se hallaron las siguientes: afectos mediatizados por

las relaciones, incapacidad para ejercer determinación, ausencia de poder de negociación o incluso por necesidad de dar sexo para obtener amor.

Los datos recogidos en encuestas oficiales sobre el comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes españoles coinciden en acentuar una mayor exposición a un embarazo no planificado, un aborto, o a una infección de transmisión sexual (Colomer Revuelta, 2013). Nuestros adolescentes en general, todavía no toman decisiones adecuadas en materia de sexualidad, manteniendo vivos ciertos mitos como considerar la “marcha atrás” un método anticonceptivo parcialmente seguro, y además utilizado, tal y como sostuvieron el 34,9 % de los adolescentes encuestados en 2008 (Cordón-Colchón, 2008).

En España como en el resto de Europa, se ha registrado una edad de inicio a la actividad sexual entre los 14 y los 16 años. Los embarazos no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual, son resultado de las prácticas sexuales de riesgo que aún prevalecen. Entre las variables de riesgo destacamos también el consumo de sustancias y el número de parejas sexuales (Míguez-Burbano et al., 2001; citado en Carratalá, 2013).

Macleod (2013) tilda la educación sexual actual como insuficiente, de modo que aunque se haya intentado retrasar el inicio de las relaciones sexuales, o mejorar el uso de los anticonceptivos, prevenir el embarazo no deseado, o incluso reducir la aparición de enfermedades de transmisión sexual, continúan siendo un imposible y una constante para la que no hay una única solución eficaz. De hecho, se ha extendido el diseño de programas y, sin embargo, gran parte de ellos muestran ineficacia (Macleod, 2013).

Si bien, tal como señala Shepard (2000) citado por Sagaz (2003), la principal barrera que nos encontramos al hablar de gestación adolescente no es el acceso a escasos servicios o a información en materia sexual o la ausencia de leyes o políticas españolas al respecto, sino que residiría en las representaciones y actitudes culturales acerca de la sexualidad y la reproducción que presentan los adolescentes. Parece ser que las limitaciones residen en esas actitudes, en esos prejuicios y en las representaciones que han elaborado sobre la sexualidad (Gonzalez y Castellanos, 2014; Estefenon & Eisenstein, 2015).

En lo que respecta a los abortos, entre las españolas menores de 18 años que se quedaron embarazadas en el año 2001, un 21% recurrió al aborto. En 2004, los datos

fueron aún más alarmantes, dado que los resultados reflejaron una tasa de 50% (Consejo Superior de Investigaciones Científicas – CSIC, 2006). Los datos publicados por el Ministerio de Sanidad indicaron que el número de abortos realizados en nuestro país había aumentado en un total 115.812 IVE en 2008, con un incremento de 3.675 con respecto a 2007 (García, Piñana, Cánovas, Luquín, Muñoz y Piñana, 2011). Un aumento de las dificultades psicológicas se detectó a raíz de estas investigaciones, ya que solían manifestarse a posteriori de estos abortos.

Calesso (2007) exhibía cómo Cataluña era entre todas las comunidades autónomas españolas, la que contaba con un mayor índice de embarazos entre adolescentes. Simultáneamente, esta autora subrayó cómo las prácticas de riesgo estaban fuertemente asociadas a desventaja social, existiendo multitud de factores individuales, familiares y de comunidad que se habían identificado. Para abordar este problema se han empleado numerosas estrategias de prevención primaria, como el marketing social para la promoción de la salud sexual en la adolescencia (Colomer, 2013).

En general, la actualidad de la gestación adolescente en nuestro país, podría fundamentarse en el embarazo que tiene lugar en el marco de una relación romántica, entendida ésta como relación de apoyo y respeto (Álvarez et al., 2012; Zárata, 2013). Sin embargo, esta realidad a menudo se cuestiona, pues las gestantes reconocen disponer de una capacidad o voluntad menor para decidir cuándo y cómo mantener relaciones sexuales.

Tampoco debemos obviar que nuestras gestantes españolas actualmente acceden a redes sociales y navegan por internet con el fin de comunicarse y encontrar un espacio personal donde poder interactuar o entretenerse. Es bastante frecuente identificar videos de embarazadas adolescentes en plataformas como Youtube. Las redes sociales posibilitan el contacto de personas con intereses similares (Cheng, 2014; Kaess, Parzer, Brunner, Koenig, Durkee, Carli, Wasserman, 2016).

En figura 2.2 se observan algunos de los problemas a los que se enfrentan nuestras gestantes. Estos problemas a menudo se acompañan de dificultades psicológicas. Según Domenech (2003), dado que en la adolescencia los cambios fisiológicos van a venir acompañados de cambios cognitivos y emocionales, todo ello hará que estas adolescentes sean más vulnerables a las patologías psicológicas.

Figura 2.2 Problemas a los que se enfrentan gestantes adolescentes en España.

Falta de maduración o de condiciones socioeconómicas favorables.

Falta de apoyo psicosocial durante el proceso.

Falta de recursos que favorezcan su formación.

Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico seleccionado.

A menudo, la realidad que revelan o desean mostrar a la sociedad, no será del todo real, y con frecuencia estará en consonancia con la imagen que ellas desean proyectar (Álvarez et al., 2012.). Esta imagen no tiene por qué corresponderse inmediatamente con la realidad.

De hecho, en lo que respecta a su vida en pareja, se ha comprobado que las parejas que afrontan un embarazo adolescente tienen muy bajas probabilidades de acabar en matrimonio (Sagaz, 2003, Rose-Greenland & Smock, 2013). Si bien, la incidencia de parejas que cohabitan con los niños es cada vez más generalizada (Kennedy & Fitch, 2009 citado por Rose-Greenland & Smock, 2013).

Estas relaciones de pareja tan frecuentemente inestables, debido a la edad de ambos miembros, desembocan en que la gestante no pueda acceder a un nivel elevado en cuanto a calidad de vida se refiere o que incluso los ingresos se reduzcan notablemente. Esta situación conlleva asimismo la reproducción de la pobreza (Sagaz, 2003).

En nuestro país, así como en otros países desarrollados, se está proyectando y extendiendo una imagen de mujer embarazada conciliadora de dos roles: por un lado, el de madre, y por otro, el de mujer trabajadora. A esta realidad optimista se le une otra que, sin embargo, no lo es tanto, y es la proliferación de divorcios y separaciones que están aconteciendo (Bravo et al., 2014; Avilés Hernández, 2015; Maldonado, 2016).

Según Bravo (2014), la familia en España se enfrentaría a nuevas realidades como la inmadurez de sus miembros, la inestabilidad laboral, además de la mercantilización de la vida íntima o la exposición familiar a las redes sociales. El embarazo adolescente

tampoco será ajeno a estas transformaciones sociales que están teniendo lugar, siendo esta sociedad cada vez más digital e interconectada (Estefenon & Eisenstein, 2015).

2.3 El embarazo adolescente en Extremadura: situación actual

Son escasos los testimonios, artículos recogidos en prensa o publicaciones especializadas sobre esta temática, que aborden de manera exhaustiva cómo las gestantes adolescentes afrontan su embarazo. Investigadores del campo científico psicológico, educativo o social manifiestan la necesidad de intervenir de forma apropiada y además oportuna.

Extremadura, es entre otras regiones, una comunidad autónoma con uno de los mayores índices de madres adolescentes. El Periódico Hoy de Extremadura a fecha de 19 de octubre de 2011 proyectaba así esta incidencia y además, citaba que las comunidades autónomas con un menor índice de desarrollo económico y educativo eran también Andalucía y Murcia, estas tres comunidades presentaban *“una mayor tasa de madres adolescentes”*.

En esta línea, la directora e investigadora Margarita Delgado analizó el desarrollo educativo y laboral de las jóvenes extremeñas para concluir que la maternidad adolescente extremeña podía desembocar en *“abandono precoz de la educación y una incorporación más tardía e inestable al mundo laboral”*.

Ante este abandono académico precoz, la sociedad extremeña debería fomentar intervenciones que promuevan la orientación y la formación, así como programas que motiven el estudio y el desempeño profesional. No siempre los recursos económicos predicen un buen futuro profesional, pero también es cierto que el no disponer de unos recursos mínimos hace que el abandono o fracaso escolar en muchos casos sea inevitable.

El Periódico de Extremadura bajo el titular: *“Las adolescentes extremeñas tienen un 40% más de riesgo de embarazo”* a fecha de 20 de octubre de 2011, advierte nuevamente que *“las adolescentes extremeñas tienen un 40% más de riesgo que las vascas o las navarras de quedarse embarazadas precozmente”*. Tal y como recoge el artículo, ser madre en la adolescencia va a repercutir en sus vidas. Uno de los hándicaps más claros que se identificaron fueron: *“el acortamiento de la trayectoria educativa de los jóvenes y la falta de oportunidades profesionales”*. Tal y como argumentaba este

artículo, en Extremadura las madres precoces tendrían más dificultades para estudiar y trabajar.

Otro artículo del Periódico de Extremadura a fecha de 17 de noviembre de 2013, detalla cifras en torno al aborto adolescente: *“una de cada dos adolescentes embarazadas aborta”*, así como informa sobre el número de embarazos que se producen en Extremadura durante la adolescencia, *“más de 500 jóvenes extremeñas de entre 10 y 19 años de edad inician una gestación cada año, y casi el 50% de las jóvenes extremeñas interrumpen voluntariamente su gestación*, no obstante, sigue siendo mayor el número de gestantes que decide seguir adelante.

Según los estudios de Cerdán (2006), matrona pacense del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, que efectuó una investigación sobre: *“Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo”*, *“la edad de inicio de las relaciones sexuales completas en los adolescentes españoles era de 16,5 años para los chicos y de 17,2 años para las chicas entre el 1988 y 1992*, si bien, en el año 2005 se veía reducida hasta los 15,7 años para los chicos y los 16,5 años para las chicas.

La incidencia del embarazo adolescente en Extremadura, según datos proporcionados por el Servicio Extremeño de Salud, Aplicación JARA, el número de adolescentes (nacidas hasta el año 1996) embarazadas que acudieron al servicio de Atención Primaria en el año 2014 en la Comunidad Autónoma de Extremadura fue de 163.

Según la Dirección General de Salud Pública y el Registro Nacional IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo), el número de adolescentes embarazadas que interrumpieron voluntariamente el embarazo en el año 2014 en Extremadura fue de 52 adolescentes de entre 10 y 14 años y 753 entre 15 a 18 años, haciendo un total de 1.273 adolescentes.

En la interpretación de estos datos, según un coordinador de embarazos en el SES, cabe destacar lo siguiente: se supone que las adolescentes que acudieron a atención primaria han seguido adelante con su embarazo, ya que a este servicio acuden las embarazadas para hacer seguimiento del desarrollo del feto.

Para obtener el número total de embarazos de adolescentes, se puede hacer una migración de este dato a los datos de IVE, y sumarlos (1.273 + 163; siempre cabe un

margen de error por varias cuestiones, pero no es común que una persona que acude a Servicios de Atención Primaria luego decida abortar).

No podemos obviar el hecho de que existe un anteproyecto de ley de la mujer embarazada y de apoyo a la natalidad en esta comunidad autónoma. Así, en el capítulo primero del anteproyecto, en la exposición de motivos, se alude a la adopción de planes y medidas estratégicas de apoyo a las gestantes y madres de embarazos no deseados.

Este anteproyecto pone atención a los grupos de especial vulnerabilidad, y a través de la legislación social en la materia, como el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, se exige *“la adopción de medidas como apoyo a las adolescentes gestantes y madres de embarazos no deseados”*. En este sentido, Extremadura dispone de *“exclusividad competencial en materia de infancia y juventud, acción social, protección a la familia, instrumentos de mediación familiar y políticas de igualdad de género”* (Anteproyecto de Ley de la mujer embarazada y de apoyo a la natalidad, Exposición de Motivos, p.2).

Así pues, atendiendo a estos datos reflejados, actualmente el tema del embarazo adolescente encierra todavía interrogantes en cuanto a su incidencia, prevalencia, definición, programas de intervención y tratamientos. Las investigaciones realizadas no dejan de ser preliminares en cuanto a la aportación de respuestas concluyentes a estas cuestiones.

En este capítulo, hemos conceptualizado una realidad gestante muy dependiente del contexto social en el que ésta se inserta. Dados los factores descritos, asistimos a una vulnerabilidad mayor presente en estas adolescentes frente a otras adultas, ya sea desde un punto de vista psicológico, económico, social o personal.

En definitiva, el embarazo adolescente en nuestro país implica repercusiones que afectarán al desarrollo integral de la adolescente. En ocasiones estas repercusiones vendrán acompañadas de un riesgo social, incluso pobreza extrema, o bajo nivel académico (Hansen, Brown, y Trontell, 1976; Jiménez, Martín y García, 2000; Sagaz, 2003; Huang, Costeines, Kaufman, & Ayala, 2014; Villalobos-Hernández, Campero, Suárez-López, Atienzo, Estrada, y Vara-Salazar, 2015). En estos casos, a pesar de vivir en un país desarrollado, el embarazo adolescente afectará a su futuro profesional y al alcance de una vida plena familiar (Ragaz, 2003).

Sin embargo, la gestación también puede proporcionar efectos positivos, de hecho, cada una de ellas será portadora de su propia fortaleza y disfrutará de un contexto social diferencial de apoyo, con el que afrontará el proceso de adaptación a la maternidad de forma particular y única.

Antes de dar por término este capítulo no podemos eludir el rol que desempeñan la influencia cultural y social en el embarazo adolescente, pudiendo ser éste considerado como: *“la parte visible del comportamiento íntimo que involucrará a diferentes actores y que, al mismo tiempo, reflejará un momento histórico y cultural determinado”* (Martínez, Jiménez y Rodríguez, 2004).

Capítulo 3

“Los bebés son competentes mucho antes de nacer. Están dotados de una organización neuropsicológica que los vuelve aptos, antes de cualquier experiencia, de cualquier aprendizaje, para percibir, procesar y estructurar las informaciones que llegan de su entorno”.

Boris Cyrulnik, 2005, p. 34.

CAPÍTULO 3: APROXIMACIÓN A LOS TIPOS DE CAMBIOS QUE SE PRODUCIRÁN DURANTE LA GESTACIÓN ADOLESCENTE

La adolescente embarazada, independientemente de su edad, a lo largo de nueve meses aproximadamente, experimentará una serie de cambios significativos biológicos, sociales o psicológicos (Mirabal, Martínez y Pérez, 2002; Fernández y Sánchez Cabaco, 2005; Chase et al., 2006; Calesso, 2007; Savio et al., 2009; Álvarez et al., 2012). Además de estos cambios propios del embarazo, también se sucederán los característicos de la adolescencia, como por ejemplo, la maduración y el despertar sexual, que es una de las principales transformaciones conformadoras de su identidad (Míguez, 2013, p. 6).

La maduración no puede ser reducida a unos cuantos cambios fisiológicos u hormonales que van a tener lugar en esta etapa, pues la maduración se refleja también en la tendencia creciente de conocer y descubrir al otro sexo. Los adolescentes se encuentran cada vez más interesados en interactuar y relacionarse con los demás, y por ello, un hito significativo será la llegada del “*primer amor*”. Con este primer amor, el adolescente *buscará a través de cualidades y rasgos estéticos de la pareja, el bienestar del otro* (Matute, 2013, p. 46).

Si bien, tal y como alude Martínez Criado (2003) en Perinat et al. (2003), el proceso que lleva a las primeras parejas a unirse es un proceso complejo, en el cual los adolescentes no disponen de reglas fijas o estrategias para iniciar el acercamiento. Con el tiempo irán madurando y pondrán en práctica nuevas estrategias, pero este primer amor raramente acabará en proyecto definitivo de vida de pareja. Estas relaciones inestables pueden afectar también a las gestantes y a su identificación con el rol materno.

En este sentido, podemos cuestionarnos si todas las adolescentes podrán afrontar satisfactoriamente esta identificación con el rol materno. A menudo, el sentimiento de incompetencia respecto a la capacidad de ser madre genera gran desconfianza. Siguiendo a Míguez (2013), puede ser que, este sentimiento de incompetencia sea el que obstaculice su identificación satisfactoria y anticipada del rol materno. Como consecuencia, ellas estimarán que lo más apropiado será relegar el cuidado del bebé a sus madres cuando éste nazca, considerando a sus progenitoras más capacitadas para educar a su futuro hijo.

El sentimiento de incompetencia respecto a “*ser madre*” puede confluir con otros problemas comunes adolescentes tales como la drogadicción, el consumo de sustancias (De Genna, Cornelius & Donovan, 2009), así como con otra serie de circunstancias vitales difíciles (conflictos en el seno familiar o en el grupo de amigos) que pueden condicionar también el proceso gestacional. Tal y como apunta Climent (2015): “*las madres adolescentes consideran que los padres son responsables y hasta culpables de que se embaracen, debido a que no se ocupan, no las controlan, etc. (...) Hecho que asocian a las conductas “transgresoras”—comportamientos promiscuos, consumo de drogas y alcohol, desobediencia— que se vinculan, a su vez, al embarazo*” (Climent, 2015, p.204).

Respecto a estas conductas trasgresoras a las que Climent referenciaba, hemos de aclarar que, en nuestro país al igual que en otros países de Europa, las drogas más consumidas siguen siendo las legales (alcohol y tabaco). De hecho, tal y como plantea Moncada (2003) en Perinat et al. (2003), el patrón de consumo de alcohol por parte de jóvenes de entre 18 y 25-30 años se concentra los fines de semana y está asociado a contextos lúdicos. Es preocupante en nuestro país el consumo de alcohol en menores de 18 años, pues en muchos casos, un consumo de alcohol sin control conduce a adolescentes a desarrollar conductas de riesgo como por ejemplo la de mantener relaciones sexuales sin preservativo (Moncada, 2003).

Ante estas consecuencias cabe plantearse por qué los adolescentes las consumen. Es difícil responder a esta pregunta, pero según Moncada (2003) podríamos señalar las siguientes causas:

- a) *Por los referentes a la sustancia* (capacidad para producir dependencia, efectos).

- b) *Por el individuo* (personalidad o trastornos de conducta)
- c) *Por el entorno* (disponibilidad, modelos externos, influencias sociales y modas).

Las adolescentes gestantes, al igual que otros adolescentes pueden recurrir al consumo de drogas por presentar una baja autoestima, una falta de habilidades de afrontamiento de estrés, una necesidad de búsqueda de sensaciones o incluso por impulsividad (Moncada, 2003 en Perinat et al., 2003). En otras ocasiones, es el entorno el que ejerce presión, así desde la familia, los amigos o incluso figuras sociales de referencia (deportistas, actores, cantantes...) pueden transmitir una incitación al consumo a través de los medios de comunicación.

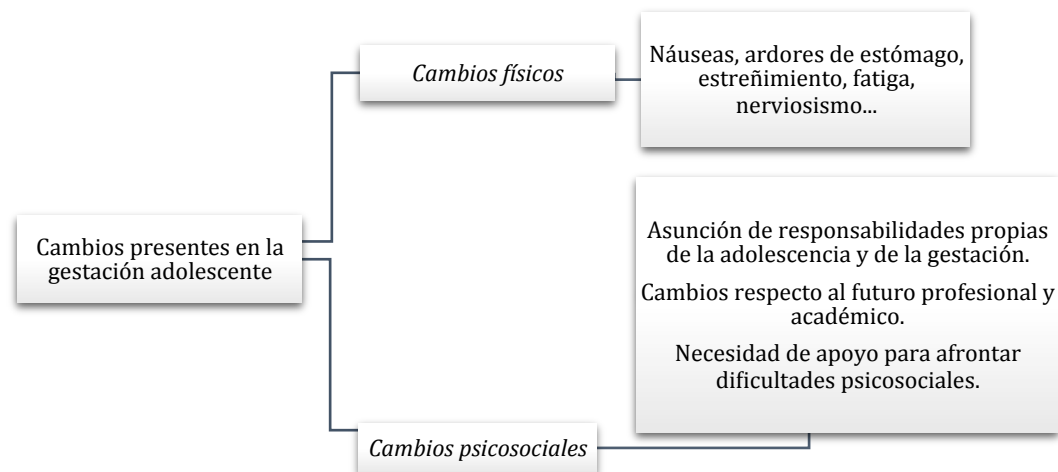
En algunas gestantes el consumo de alcohol puede volverse una conducta de riesgo grave por tener repercusión directa en el bebé. La gestante adolescente puede recurrir al alcohol durante el embarazo como forma de evasión, para sentirse una más dentro de un grupo de amigos o por sentirse más segura. De hecho, durante el comienzo del embarazo pueden experimentar sentimientos de inseguridad que, por otra parte, y gracias a la evolución del embarazo, pueden terminar desapareciendo.

Así, a los cuatro meses de gestación, según Coronado y Sánchez (2016), éstas podrían experimentar nuevos sentimientos de confianza, armonía y competencia. Los movimientos fetales, la comunicación que se produce entre la madre y el bebé, así como la ilusión de conocer cómo será su futuro hijo, podrán motivar estos sentimientos y esta anticipada identificación con el rol materno antes del parto.

En definitiva, todos los embarazos, aunque hayan sido planificados previamente y transcurran en un principio con total normalidad, -siendo además deseados-, suscitarán dificultades, cambios y sentimientos contradictorios en determinados momentos de la gestación, siendo éstos inevitables (Santos y Schor, 2003 y Armengol et al., 2007).

El problema verdaderamente difícil, no radica exclusivamente en el afrontamiento de las molestias físicas, sino en el poder asumir o no la maternidad. La gestante puede situarse entre las posibilidades extremas de “*no poder hacerse madre*” o “*asumirse sólo como madre*”. Al mismo tiempo, además, “*esperar a ese hijo*” no tiene por qué acompañarse de la felicidad que, en un principio, habían podido estimar experimentar.

Figura 3.1: Cambios generales presentes en la gestación adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en capítulo 3 (Santos y Schor, 2003; Armengol et al., 2007; Míguez, 2003; De Genna, Cornelius & Donovan, 2009; Climent, 2015).

Una vez sintetizados algunos de los cambios y circunstancias que deberán asumir las gestantes, a continuación, se analizarán los tres tipos principales (ver Figura 3.1), bajo los cuales, podemos incluir todas las modificaciones que van a ir experimentado. Estos cambios serán los siguientes: biológicos, psicológicos y sociales (Mirabal, Martínez y Pérez, 2002; Fernández Mateos, 2005).

3.1 Cambios físicos en la gestante adolescente

Las gestantes, sean adolescentes o no, van a albergar la necesidad de afrontar satisfactoriamente los cambios que acontezcan, es decir, van a tener la necesidad imperiosa de salir victoriosas de todos ellos (Míguez, 2013). Sin embargo, esto no será tarea fácil, pues entre todas las modificaciones que podrán sucederse, los cambios psicológicos y físicos van a afectar con gran intensidad y además posiblemente, al bebé que esperan (Sadler, Novick, Meadows-Oliver, 2016; Espinoza, Guamán y García Pavón, 2016).

Jiménez, Martín y García (2000), Guerrero et al. (2012) y Álvarez et al. (2012), afirmaron que, frente al embarazo adulto, existe un mayor riesgo de complicaciones en el embarazo adolescente, así como lo asocian a una deficiente atención prenatal y

neonatal. Estos riesgos en su conjunto, pueden desembocar en problemas de salud para la madre y para el bebé (Chen, Wen, Krewski, Fleming, Yang y Walker, 2008; Ayadi, Kuo, Adams y Gavin, 2012; Guerrero, Cabrera, Rodríguez y Castellanos, 2012; Barlow, Mullany, Neault, Compton, Carter, Hastings, Walkup, 2013).

Salazar (2006), sostenía que, en los primeros meses de embarazo en la adolescencia, iban a ser comunes: las hemorragias, la anemia, la insuficiencia en la ganancia de peso, la hipertensión, las infecciones urinarias y los abortos espontáneos. No obstante, a pesar de que la salud de la gestante pudiera verse condicionada por estas infecciones o hemorragias, o factores de riesgo social o ambiental, al mismo tiempo, también podía beneficiarse de ciertos hábitos saludables que comenzarían a raíz de conocer su estado de gestación.

Así, en casos específicos, se ha comprobado cómo la gestación puede implicar transformaciones favorables en la gestante, tales como un cambio positivo de hábitos o una modificación en su estilo de vida (Phipps, Rosengard, Weitzen, Meers y Billinkoff, 2008; Black, Fleming y Rome, 2012). Existe la posibilidad de que los hábitos de la adolescente antes de su gestación no fueran saludables y su eliminación supondría tornar la gestación en ventajosa -aspecto que puede ser percibido de tal modo, tanto por las gestantes, como por sus familias-. Por ejemplo, puede ser que con la gestación, la adolescente reduzca el consumo de drogas, o también, que una mala alimentación pueda suplirse con una dieta equilibrada (Mensch, & Kandel, 1992; Claes, Lacourse, Ercolani, Pierro, Leone y Presaghi, 2005; Barlow, Mullany, Neault, Davis, Billy, Hastings y Walkup, 2013).

Dado que con frecuencia este tipo de embarazo se acompaña de resultados perinatales negativos, un gran número de autores categorizan el embarazo adolescente como de alto riesgo. En este sentido, Spicer, Werner, Zhao, Choi, Lopez-Pintado, Feng, Monk (2013), entre otros muchos autores, sostienen que, en la gestación temprana existe un alto riesgo de que el bebé presente un peso inferior o de que padezca una afectación física o mental.

Sin embargo, existe otro grupo de investigadores que defiende que el embarazo temprano no tiene por qué acompañarse de un riesgo mayor para la madre ni tampoco para su hijo (Lasa, Lozano, Arévalo y Aparicio, 2001).

El peso del bebé es una variable muy referenciada en la literatura de esta temática, ya que como algunos trabajos indican, cuando una adolescente espera un hijo, los bebés suelen pesar menos por norma general. Klein (2005) sostiene que las adolescentes embarazadas menores de 17 años tienen mayor riesgo de padecer complicaciones médicas respecto a las mujeres adultas. La incidencia de tener un bebé con bajo peso al nacer (<2.500 g) entre los adolescentes sería más del doble que la de los adultos, y la tasa de mortalidad neonatal (dentro de los 28 días del nacimiento) sería casi 3 veces mayor. La tasa de mortalidad para la madre, aunque es baja, constituiría el doble que para las mujeres embarazadas adultas.

La adolescente embarazada no tiene por qué experimentar molestias físicas forzosamente, pues un buen número de mujeres no las sufren (Dania y Marion, 1983). Estas molestias permanecerán durante un periodo prolongado de tiempo, pero para una gran mayoría, desaparecerán a partir del tercer mes. Según Sibal (2001), citado por Salazar, Álvarez, Maestre, León y Pérez (2006), existirían riesgos evidentes de que la gestante pudiera sufrir ciertas molestias, pues “*la adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro*”. Estos autores reconocen que el promedio de los diámetros pelvianos de la adolescente no logra el tamaño necesario para permitir el recorrido saludable del feto o un alumbramiento feliz; esto generará dificultades e incluso lesiones traumáticas en el tracto vaginal.

Junto a todas estas dificultades descritas, podemos incorporar otras molestias físicas que pueden tener lugar en las gestantes, y que entre otros autores, Neto, Marqués y Rocha (2008) enumeraron y clasificaron. He aquí algunos ejemplos en Figura 3.2.

Figura 3.2 Problemas físicos experimentados por gestantes durante la gestación.

| Problemas físicos experimentados por adolescentes | |
|---|-----------------------|
| Náuseas | Desnutrición |
| Miembros inferiores edematosos | Anemia |
| Infección urinaria | Acidez |
| Vómitos | Hipertensión arterial |
| Malestar y mareos | Cólicos |

Fuente: Extraído de: Neto, F. X., Marques, M. S., & Rocha, J. (2008). Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. *Enfermería global*, 7(1), 6-15.

Según Dana y Marion (1993) las gestantes pueden experimentar: náuseas, vómitos, ardores de estómago, estreñimiento, salivación excesiva, desvanecimientos, fatiga, nerviosismo, frecuentes deseos de orinar, calambres, insomnio y cambios en el cuerpo (aumento de vello, cambios en los senos, debilidad en los dientes). Para Dana y Marion (1993) además, el embarazo constituye un fenómeno natural que entraña dos grandes peligros: la ignorancia y la negligencia (Dana y Marion, 1983).

3.2. Cambios psicológicos y sociales interrelacionados

“Pocas mujeres encinta lo saben, pero es algo de la mayor importancia: a lo largo de su embarazo están reviviendo la historia de su primera infancia” (Dana y Marion, 1983).

La gestante adolescente, a medida que avance su embarazo, podrá ir identificándose cada vez más con su rol materno (Dias y Gomes, 2000), que será a partir de ese momento, su rol más sobresaliente. Los cambios psicológicos y sociales serán patentes en este período y actuarán junto con los fisiológicos, configurando así, un escenario a menudo convulso y de preparación para el rol materno.

El desarrollo de su embarazo se verá mediatizado también por cambios emocionales, a los que hacen referencia Neto, Marqués y Rocha (2008) y entre los cuales podemos citar los que se muestran en Figura 3.3. Así, el miedo, la tristeza, la rabia, la preocupación y el malestar pueden ser algunos de los múltiples cambios emocionales que van a preponderar en este período prenatal.

Figura 3.3. Problemas emocionales experimentados por gestantes.

| Problemas emocionales experimentados por adolescentes |
|---|
| ➤ Sentía miedo |
| ➤ Tenía mucha tristeza |
| ➤ Sentía rabia |
| ➤ Estaba muy preocupada |
| ➤ Malestar y mareos |

Fuente: Extraído de: Neto, F. X., Marques, M. S., & Rocha, J. (2008). Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. *Enfermería global*, 7(1), p. 6.

Existen determinados factores de riesgo de tipo social y ambiental que rodean esta gestación, y que pueden ser más intensos e incluso más determinantes que algunos riesgos fisiológicos (Jiménez, et al., 2000; Rosengard, Phipps Pollock, 2006). Estos últimos autores, Resengard et al. (2006) exploraron las ventajas y los inconvenientes de tener un bebé durante los años de adolescencia; los resultados incluyeron cambios positivos. Entre los cambios positivos, identificaron una mejoría de las relaciones familiares en la familia de la gestante adolescente y consideraciones optimistas respecto al cambio de hábitos. Asimismo, en lo que respecta al proyecto de vida, Mantilla, López y Cortés (2015) comprobaron cómo además, “*el nuevo ser*”, incluso dentro del vientre, beneficiaba a la madre, en el sentido de que ella necesitaba a su bebé para saber quién era y qué lugar ocupaba en el mundo.

Sin embargo, bajo el término “*problema social*” todavía hoy se alude a esta temática del embarazo adolescente, saliendo a la luz sus efectos más adversos. Esto se debe en parte, al hecho de que, durante la gestación se produce una “*ruptura en el ciclo vital de la adolescente*”. Pues, este embarazo tiene lugar generalmente de forma inesperada, tal y como sostienen Molina y González Araya (2012), y además, puede constituir un verdadero problema social, así como una problemática individual y familiar (Miller-Johnson et al., 1999; Hockaday, Crase, Shelley y Stockdale, 2000; Crouch, 2002; Calesso, 2007; Phipps y Nunes, 2012).

El objetivo principal de muchas fundaciones sin ánimo de lucro y el de algunas instituciones públicas, es el de proporcionar un imprescindible acompañamiento prenatal y prevenir nuevos embarazos no deseados. Si bien, este acompañamiento puede ser más difícil cuando confluyen factores más difíciles de controlar o regular, tales como situaciones de pobreza extrema o pertenecer a un contexto económico-cultural desfavorable (Gama, Szwarcwald, Leal y Theme Filha, 2001).

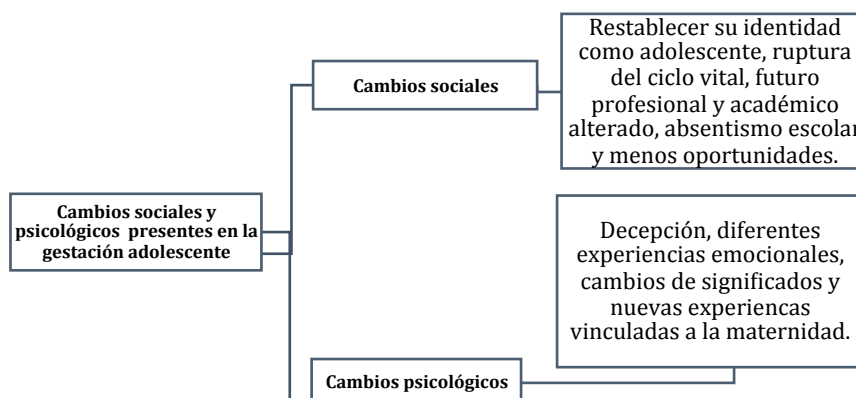
Entre los cambios psicosociales que van a tener lugar en este período, podemos identificar los cambios relativos al futuro profesional y académico de las gestantes, pues éstos afectarán a los planes de futuro y a las expectativas que van a desarrollar sobre su propia maternidad, e incluso pueden tener repercusión en sus relaciones con el entorno más próximo. Los planes de futuro a partir de una gestación temprana incluyen generalmente: “*una vida marcada por la experiencia familiar y una socialización de género, siendo en muchos casos, la imagen materna el ideal a seguir*” (Álvarez et al.,

2012, p.500). El objetivo académico y profesional puede quedar relegado a un segundo plano.

La combinación del nivel educativo de la gestante, su percepción de apoyo social y su personalidad, determinarán el acontecer y desarrollo de la gestación (Calesso, 2007). En esta línea, subrayamos a modo de ejemplo, un estudio diseñado y aplicado en Portugal y Brasil, en el que se identificaron algunas de las modificaciones que tenían lugar en las adolescentes que se quedaron embarazadas. Los informes de estas gestantes revelaron: absentismo escolar, falta de oportunidades para el futuro y un contexto precario de desarrollo; siendo en todos los casos sustancial el contexto de relación social de la futura madre (Dei Schirà, y Koller, 2011).

Gran parte de estos cambios psicosociales que acontecerán, tendrán origen, por un lado, en la propia gestación, y por otro, en la adolescencia. Asbed Aryan (2008) argumentaba cómo la primera decepción que experimenta el adolescente surge de la experiencia emocional resultante al constatar que, a pesar de la omnisciencia que siempre ha rodeado a sus padres, ya no podrá disponer de “*significados fijos y fijados de un lugar, y para siempre, listos para ser descubiertos*” (p.37). Asimismo, la sexualidad también será asumida por él mismo y ya no en referencia a los padres (Asbed Aryan, 2008; p.37). Esta decepción, también puede ser experimentada por estas gestantes, ya que a menudo incluso serán menores de edad y hasta el momento, prácticamente no habrán asumido grandes responsabilidades.

Figura 3.4: Síntesis de cambios sociales y psicológicos presentes en la gestación adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en Capítulo 3 (Asbed Aryan, 2008; Gama, Szwarcwald, Leal y Theme Filha, 2001; Dei Schirà, y Koller, 2011; Álvarez et al., 2012...).

Atendiendo a los resultados del estudio encabezado por Neto, Marqués y Rocha (2008), la resistencia al embarazo en la adolescencia ocurre, principalmente, por la falta de una relación familiar afectiva, agravada por la dificultad socioeconómica y por la inmadurez física y emocional (p.10). Estos cambios psicológicos, sociales y emocionales interrelacionados a menudo retrasan la aceptación del embarazo.

A continuación profundizaremos en cómo se produce la adquisición de nuevas responsabilidades y cómo la adolescente concibe y experimenta esa experiencia subjetiva que conforma el aproximarse a la maternidad.

3.3 Cambios: adquisición de nuevas responsabilidades

Las mujeres embarazadas pueden experimentar un estado de regresión, ante el embarazo que modifica por completo su ritmo de vida, rememorado la infancia y la protección que recibían de sus padres. La sociedad es cómplice de dicha regresión (Dana y Marion, 1983).

Afrontar la maternidad a una temprana edad supone asumir unas consecuencias trascendentales. Stern (1997) aludía a las implicaciones adolescentes del embarazo en los siguientes términos: *“las implicaciones más importantes no serán demográficas ni de salud, sino se vincularían a las consecuencias de la contradicción entre unas normas tradicionales -que se oponen al ejercicio de la sexualidad antes de la unión- y la realidad de la adolescencia como periodo fértil y apto para las relaciones sexuales.”* (p.12).

Las responsabilidades de cara a la maternidad crecerán a un ritmo acelerado, simultáneamente, sin embargo, también crecerá el impulso a la experimentación y la búsqueda de nuevos significados (Asbed Aryan, 2008), pues el adolescente descubre que *“todo es apertura, todo es posibilidad”* (p. 38). Al adolescente le atrae la idea de percibir y criticar aquello que, aunque ya sabía que existía y conocía, tal vez no comprendía con nitidez. Ahora, con el embarazo, la necesidad de experimentar y conocer puede confrontar con el tener que asumir ciertas responsabilidades.

Rodríguez Tomé (2003) en Pereira et al. (2003) al respecto, se plantea si los cambios puberales podrían correlacionar significativamente con las variables cognitivas que muchos padres dan por hecho cuando consideran a sus hijos responsables de sus actos. Un estudio desarrollado en París vino a confirmar que existía una ausencia

completa de relación entre ambas variables. Si bien, el desarrollo sociocognitivo tan evidente que se produce en la adolescencia desempeñará un papel fundamental en la preparación para la vida adulta.

Para gran parte de las adolescentes que van a ser madres, la asunción de responsabilidad, será satisfactoria, mientras que para otras, supondrá todo lo contrario, un esfuerzo y sacrificio inmenso. Respecto a esta responsabilidad, además puede suceder, que la gestante pueda dar significado a su propia existencia, o por el contrario, no le conceda trascendencia alguna, no siendo consciente de la responsabilidad que debe asumir, o incluso no valorando correctamente la importancia de asumirla (Álvarez et al., 2012). A menudo, esta asunción de responsabilidad vendrá determinada por el estilo educativo de los padres.

Figura 3.5 Deseos y responsabilidades que protagonizan los adolescentes.

| Desea libertad para: | Responsabilidades que necesita asumir: |
|---|---|
| Vivir su soledad. Que respeten su intimidad en su espacio personal. | Organizar su espacio personal. Ocuparse de su cuarto, ropa, libros etc. Mantenerlo limpio y ordenado. |
| Quedarse solo en casa. | Saber ocuparse de todas las actividades caseras. Colaborar normalmente en las actividades caseras. |
| Organizar su vida. | Planificar las actividades de su vida cotidiana y llevarla a la práctica |
| Elegir su destino, más o menos inmediato, al terminar sus estudios escolares. Saber a qué se quiere dedicar profesionalmente. | Organizar su planificación. Buscar orientación profesional. |
| Modificar sus actividades familiares. | Pactar las nuevas relaciones familiares |
| Tener más tiempo libre propio y con sus amigos | Planificar actividades de tiempo libre. Pactar las salidas con sus padres. Ganarse la paga. Moverse en transporte público. Afrontar riesgos: drogas, violencia... |
| Elegir a sus amigos | Hacerse respetar. Expresar lo que quiere. Saber decir que "no". Respetar a todos, saber compartir y ceder sin someterse. Resolver conflictos sin agredirse. |
| Enamorarse | Encaminarse hacia el amor maduro. |
| Desarrollar su sexualidad | Aceptar los cambios del cuerpo. Relaciones sexuales responsables. Paternidad-maternidad responsable. Afrontar la sexualidad sin riesgos. |

Fuente: Vallet M. (2006). *Cómo educar a nuestros adolescentes*. Madrid: Praxis. P. 41.

Laluzza y Crespo (2003) en Perinat et al (2003), al respecto, añaden que debemos ser precavidos a la hora de tomar una postura clara, ya que la trayectoria de investigaciones sobre los estilos educativos de los padres es muy variada y no desdeñable. Los padres desplegarán sus habilidades parentales y estas dependerán de su sensibilidad ante las demandas de los adolescentes y de sus exigencias a la hora de orientar a sus hijos hacia sus metas. Si bien, respecto a la sexualidad, las normas tradicionales tenderán a una cierta restricción. Mientras que los adolescentes van a demandar mayor apertura, sus progenitores demandarán una mayor asunción de responsabilidades (ver Figura 3.5).

Las primeras demandas de autonomía por parte de los adolescentes serán percibidas por los padres como amenazas de separación (Laluzza y Crespo, 2003 en Perinat et al., 2003). Esta situación puede conducir a los padres a exigir a sus hijos un mayor número de responsabilidades.

El grupo de iguales, será el refugio por excelencia cuando los adolescentes no afronten las responsabilidades que debieran (sociales, familiares o académicas). Precisamente, esta irresponsabilidad es un objetivo primordial de análisis en nuestro estudio, ya que muchas de las adolescentes que ahora son gestantes no asumieron en su momento, la responsabilidad de tomar medidas anticonceptivas que evitarían el embarazo.

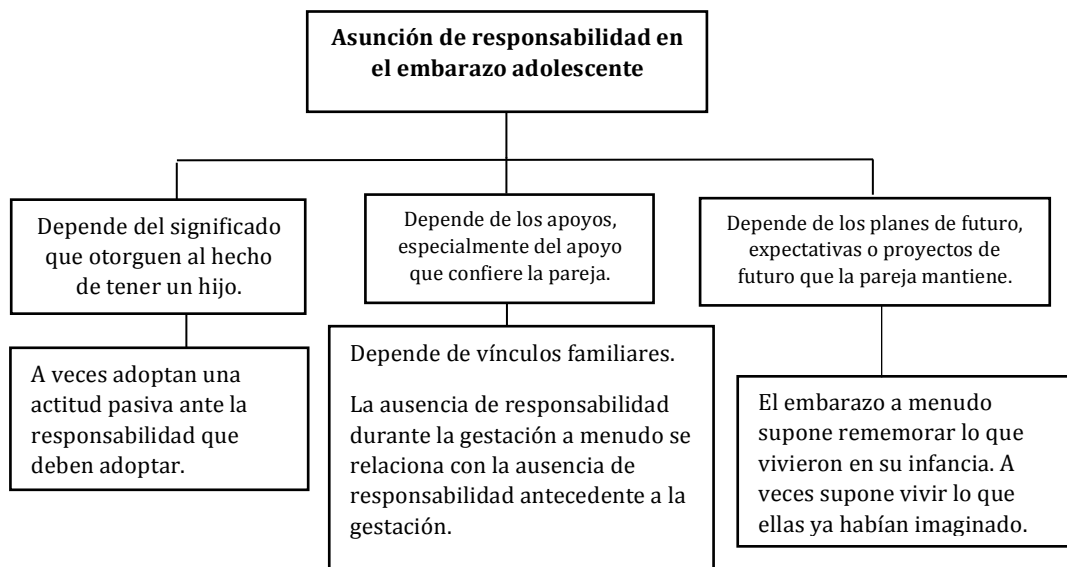
Aunque toda la sociedad debe ser consciente del papel que juega a la hora de orientar a los adolescentes en su desarrollo, el ámbito educativo y familiar son los que deben asumir la responsabilidad más acuciante. Al igual que sucede con el resto de adolescentes, los padres de las gestantes pueden estimar que con la llegada del bebé, sus hijas iniciarán una vida separada del núcleo familiar. Esta situación puede acompañarse de una sensación general de soledad al pensar que su hija abandonará el hogar. Este síndrome más comúnmente conocido como el *síndrome del nido vacío* puede conducir a los padres a mostrarse más colaborativos en el cuidado del bebé, reduciendo sus exigencias y responsabilidades con respecto a sus hijas.

La responsabilidad puede ser fácil de asumir siempre que la gestante resida en un contexto que pueda proporcionarle la suficiente seguridad y apoyo. Así, el contexto sociocultural de la adolescente, y específicamente la ayuda que la familia pueda

proporcionar al respecto, serán vitales para la adopción de la misma (Szigethy y Ruíz, 2001; Rosengard et al., 2006; Álvarez et al., 2012). Algunas adolescentes con embarazos no planificados experimentan una responsabilidad “relativa” ante el nuevo ser, exhibiendo una actitud de pasividad y resignación ante un futuro incierto. En esos casos, los futuros abuelos o personas de su entorno se ven en la obligación de responder (Álvarez et al., 2012).

Si estas dificultades para asumir responsabilidades propias de su nuevo rol, se manifiestan junto a un sentimiento opuesto de autosuficiencia para poder afrontarlas y/o asumirlas, -y además la gestante no dispone de los apoyos suficientes-, posiblemente reconozcamos una mayor vulnerabilidad, que puede afectar en cierta medida a su ciclo vital, pero también, al de su bebé (Brunton, 2008).

Figura 3.6. Asunción de responsabilidades en el embarazo adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en el capítulo 3 (Szigethy y Ruíz, 2001; Rosengard et al., 2006; Brunton, 2008; Dei Schirà y Koller, 2011; Álvarez et al., 2012; Shermann y Greenfield, 2013...).

Tal y como venimos apuntando, tanto el tener una pareja como figura de apoyo, como el respetar una asistencia regular a las clases, el poseer un empleo, así como tener diseñados unos planes de futuro a corto plazo, pueden ser también condicionantes positivos en la asunción de estas responsabilidades (Sherman & Greenfield, 2013). En Figura 3.6 hemos podido observar un resumen sobre la asunción de responsabilidades

por parte de la embarazada adolescente. Asimismo, se identifican factores que hacen modificar dicha responsabilidad.

Desde un punto de vista optimista, una ausencia de responsabilidad en un primer momento tras conocer el embarazo, no tiene por qué ser perdurable en el tiempo, pues ella puede racionalizar los hechos en un futuro próximo, aceptar la gestación, y finalmente, poder hacerse cargo del bebé.

Esta responsabilidad dependerá también del significado que pueda otorgar la propia gestante al hecho de “*tener un hijo*” y “*ser madre*”. A medida que avance el embarazo, muchas comenzarán a depositar sus planes, deseos y sueños en el futuro bebé, en “*lo que puede ser*” o “*en lo que será*”.

Capítulo 4

“El conflicto es inherente a la condición humana, y por tanto nace de la interacción con los otros.”

Fernández-Henarejos & Prados, 2011; p.541.

“La investigación social es un proceso de artesanía intelectual, en el que debe dosificarse con ecuanimidad el rigor y la imaginación.”

C. Wright Mills, 1979, p.211.

CAPÍTULO 4: MODELOS TEÓRICOS CAUSALES EXPLICATIVOS SOBRE LA GESTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

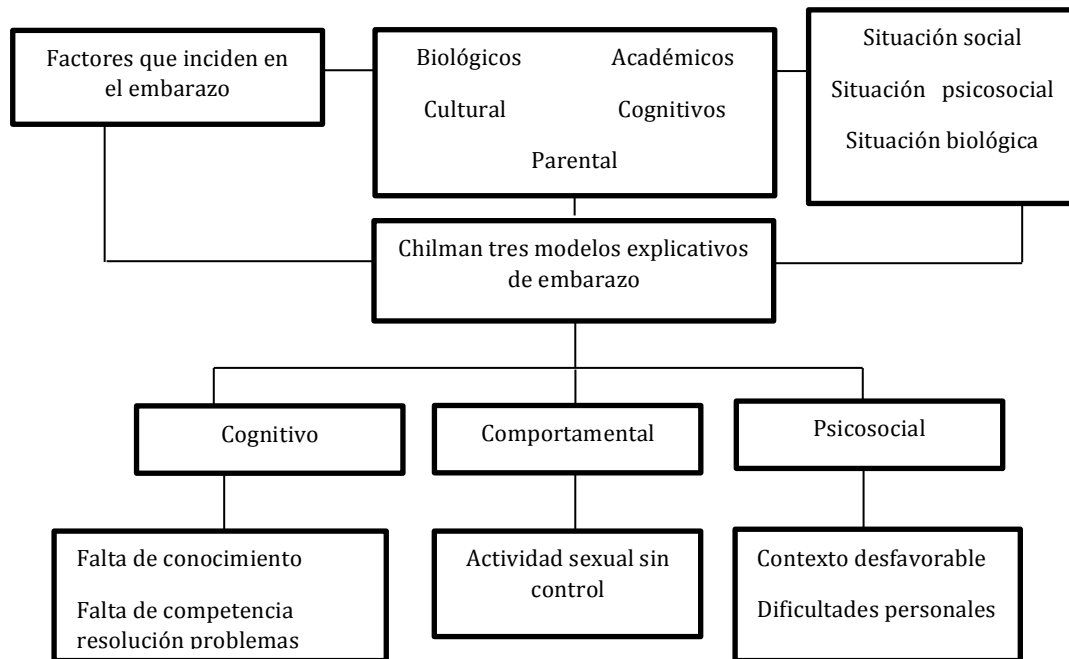
El objetivo de este capítulo es efectuar una revisión de los principales modelos causales explicativos que existen en torno a la gestación en la adolescencia. Todo profesional implicado en esta temática debe conocer la existencia estos modelos, ya que ofrecen una visión de conjunto sobre las causas o factores que pueden anteceder a un embarazo.

El embarazo adolescente, como afirman Álvarez, Pastor, Linares, Serrano y Rodríguez (2012), no siempre es fruto de una decisión planificada de una pareja adolescente. Algunos factores causales también explorados por la literatura psicológica como la ausencia de información sobre la anticoncepción entre la población joven, o el modo de vivir la sexualidad de manera más temprana y acelerada, pueden conducir también a chicas y chicos jóvenes a embarazos no planificados.

En consecuencia, algunos investigadores han aportado sus propias explicaciones causales en torno a estos embarazos, las cuáles han ido evolucionando a lo largo de décadas sin a propósito buscar insertarse en un modelo específico. Incidimos en este caso, en autores como: Schnike, 1970; Luster & Small, 1994; Miller-Johnson, Miller-Johnson, Winn, Coie, Maumary-Gremaud, Hyman, Terry y Lochman, 1999; Chase et al., 2006, pues todos ellos de algún modo han ofrecido una explicación causal al embarazo adolescente. Cada explicación causal puede incluirse en cualquiera de los diferentes modelos que existen en torno a este tema.

Estos modelos explicativos son: el modelo comportamental, el modelo cognitivo y el modelo psicosocial. Chilman (1983), citado por Vallejo (1998) perfiló esta tipología de modelos en función del predominio de aspectos cognitivos, psicosociales o comportamentales que caracterizaban a cada uno (ver Figura 4.1).

Figura 4.1. Modelos explicativos en torno al embarazo adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en el capítulo 4 (Schnike, 1970; Luster & Small, 1994; Miller-Johnson, Miller-Johnson, Winn, Coie, Maumary-Gremaud, Hyman, Vallejo, 1998; Terry y Lochman, 1999; Chase et al., 2006...).

A principios de los años ochenta, numerosas teorías ponían de relieve la existencia de diferentes causas que podían relacionarse con estos embarazos. En este sentido, hallamos autores que dieron énfasis a los “*deseos de embarazo*” presentes en algunas mujeres antes de conocer su gestación. Esta realidad, fue objeto de estudio e interés para Aguirre (1989), quien sustentaba y defendía la existencia de motivos conscientes e inconscientes que podían impulsar a la mujer a quedarse embarazada.

A pesar de que la reflexión acerca de la naturaleza de estos deseos fue una constante en esta década, en la actualidad identificar autores que cuestionen cuales son las motivaciones que pueden condicionar e influir en estos deseos, no es una tarea fácil. Pues, como apuntan Stevens-Simons, Sheeder (2004), Finer (2010) y finalmente, Álvarez et al. (2012), desde siempre las causas relacionadas con estos embarazos han sido pobremente entendidas.

Según Aguirre (1989), el deseo de embarazo en la mujer, no es otro que el deseo de tener un hijo. Aguirre sostenía entonces, que siempre había un por qué consciente o inconsciente, unas causas que motivaban toda gestación. He aquí algunos ejemplos:

- Necesidad de apoyo y protección.
- Separación de los padres.
- Deseo infantil de ser admirada, en este caso se trataría de que inmaduras, las mujeres pueden buscar el embarazo por el deseo infantil de ser admiradas y cuidadas, igual que lo fueron en su niñez.
- “*El embarazo como castigo frente a un sentimiento de culpa*”. Es posible que en estos casos, se culpabilice inconscientemente de una muerte por no haber querido en vida como se merecía a una persona ahora fallecida.
- El embarazo para “*llenar un vacío*”.
- “*El embarazo competitivo*”. En este caso, sería un embarazo como respuesta a su deseo de competir con algún miembro de la familia: madre, hermana, cuñada...
- El embarazo que suprime la duda de una posible infertilidad. La mujer intenta con el embarazo demostrar a la sociedad y a los miembros de su familia, o incluso a su propio marido, que realmente puede tener hijos.
- Intentar con su embarazo, someter a la pareja o al marido. Es decir, su objetivo ante su nuevo estado sería alcanzar un protagonismo que antes no había alcanzado.
- “*Retener a un marido infiel*”.

Existen multitud de factores estrechamente vinculados al embarazo temprano, entre estos factores identificados podemos citar: las presiones del grupo de iguales, el temor a perder la pareja, el abandono de los estudios, los estilos de vida poco recomendables, las relaciones sexuales irresponsables, la familia disfuncional, el desconocimiento por desinformación, e incluso, el desconocimiento por bajo nivel cultural (Caballero y Méndez, 2005).

Una vez enumerados algunos factores que pueden asociarse a estos embarazos, se expondrán brevemente aquellos modelos causales en los que podemos incluir cualquier teoría que aporte una explicación causal a una gestación adolescente. Esto pone de manifiesto la dificultad que entraña lograr una única propuesta que ofrezca una explicación completa y única a la incidencia de embarazos en adolescentes.

4.1 El modelo cognitivo

Según el modelo cognitivo, el embarazo adolescente surgiría a raíz de un déficit cognoscitivo, como por ejemplo, una escasa habilidad de la gestante para resolver los problemas, o una ausencia de conocimientos en materia sexual. Al mismo tiempo, también podría asociarse a cierta incapacidad para planificar el futuro o a una deficiente formación escolar (Vallejo, 1998). Investigaciones como las de Cobliner en 1974, citado en Vallejo (1998), pusieron acento en los mecanismos psicológicos cognitivos, considerándolos detonantes importantes de estos embarazos tempranos.

Entre las múltiples explicaciones causales que respaldan este modelo, podemos hallar las sugeridas por Luster y Small (1994). Estos autores identificaron algunos riesgos que conllevaba una gestación para el desarrollo adolescente, la comprensión de estos riesgos constituiría la mejor manera de prevenirlos y afrontarlos. El egocentrismo, tan característico de la adolescencia, puede conducir a una adolescente a reconocerse “*invulnerable*”, llegando incluso a pensar que no va a quedarse embarazada, y que por tanto, podrá asumir ciertos riesgos.

Este egocentrismo puede desembocar en una ausencia de control sobre la actividad sexual, y como resultado de ello, puede concluir en un embarazo no planificado. De hecho, los adolescentes a menudo, “*exhiben actitudes poco realistas, como puede ser mantener relaciones sexuales sin protección por no aceptar, ni ser consciente del riesgo que conllevan*” (Elkind, 1985).

Continuando en la dirección de este modelo, diversos artículos hacen referencia a una falta de conocimiento en materia sexual por parte de los adolescentes que esperan un bebé. El embarazo y el malestar psicológico derivado de éste, podrían evitarse con una adecuada formación y asesoramiento en materia sexual (Masland, 1978). Simultáneamente, los autores Chowdhury y Mukherjee (1979), observaron cómo muchas mujeres a finales de los 70, se quedaban embarazadas siendo adolescentes y además reconocieron estar mal informadas sobre el conocimiento del propio cuerpo, su funcionamiento y las relaciones sexuales.

En este sentido, ya advirtieron Levenson, Smith y Morrow (1986), que era necesario efectuar un planteamiento sobre las necesidades de información prenatal que precisaban los adolescentes, así como sus progenitores y médicos. Estos autores podemos vincularlos a este modelo, dado que situaron la causa del embarazo temprano

en una falta de información, y además, explicitaron las diferentes perspectivas que se debían adoptar para afrontar el “*problema de la gestación*”.

Autores como Chanes (2000), en un amplio y exhaustivo análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México, alegaron también, que las causas principales de la tasa de fecundidad eran una cobertura escasa de recursos y una falta de información sexual. Respecto a esta falta de información que estamos referenciando, Lasa, Lozano, Arévalo y Paricio (2001) y Wiss (2012) argumentaron también cómo una educación e información sexual deficientes explicarían la mayor parte de los casos de embarazo adolescente. Asimismo, la gestación no sería exclusivamente resultado de una desinformación, sino también podría responder a una deficiente comunicación entre los adolescentes y los adultos (Crouch, 2002, citado en Moreira y Sarriera, 2007).

Además de estos problemas de comunicación, no podemos obviar el factor “*presión social*”, pues los adolescentes experimentarán presiones externas procedentes de los medios de comunicación y de sus iguales (Predebon, 2002 citados en Moreira y Sarriera, 2007). Estas incitaciones e ideas adolescentes, a menudo erróneas sobre la sexualidad, se sostendrán debido a que con frecuencia, el entorno familiar intentará evitar un pronunciamiento moral ante el tema sexual.

Dada estas deficiencias en la información y comunicación, sería interesante abordar una propuesta de prevención que pudiera implicar la difusión de información sexual, específicamente personalizada a sus destinatarios, a través de múltiples canales, y que además, ésta pudiera adaptarse a los intereses de los adolescentes de hoy.

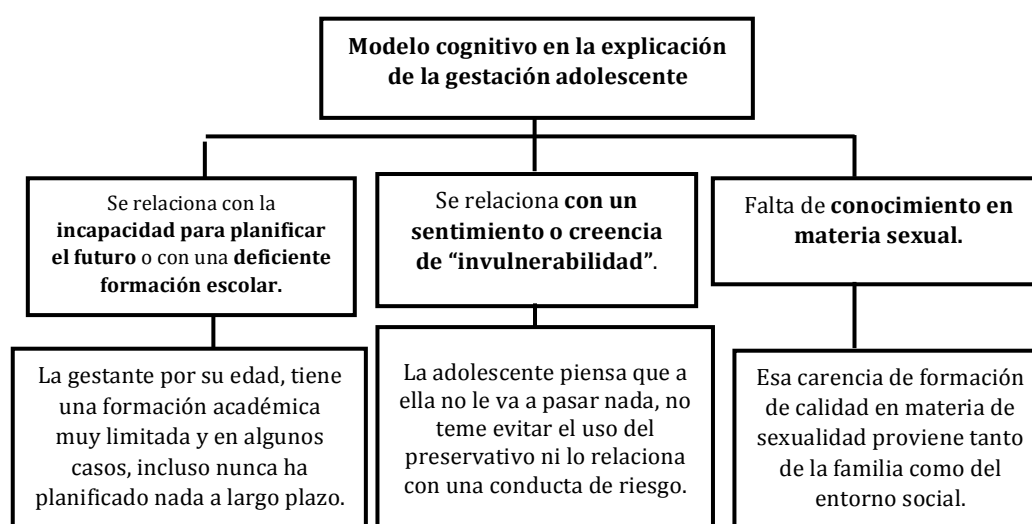
Hemos de asumir, que a menudo, la formación sexual impartida desde los institutos y otros centros educativos, se presenta de forma dispersa o carente de interés o atractivo. El gran desafío para poder fomentar una formación de calidad reside en personalizar esa formación, dotando al mismo tiempo a los centros con recursos materiales, formales y organizativos de calidad. Las campañas de prevención pueden ser un medio eficaz en esta tarea (Álvarez et al., 2012; Lavin y Cox, 2012).

Actualmente, la información sexual que poseen nuestros adolescentes procede de los iguales o de la propia red de internet. Rivero, Alba, Jaramillo, Quiroga y Luque (2012) evaluando los posibles riesgos clínicos que se asociaban al embarazo adolescente, enfatizaron esa falta de conocimiento previo acerca de las complicaciones que podían surgir. Esta “*advertencia*” podría prevenir numerosos embarazos no

deseados, así como también el desarrollo de programas de prevención primaria dirigidos específicamente a estas adolescentes (Fernández, 2005; Sousa, y Gomes, 2009; Álvarez et al. 2012).

Durante las últimas décadas, la educación sexual formal ha estado circunscrita al entorno familiar, sin embargo, con el paso del tiempo, se ha ido extendiendo con rapidez a instituciones educativas y a la sociedad en general (Mora y Hernández, 2015).

Figura 4.2. Modelo causal cognitivo explicativo del embarazo adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en el Capítulo 4 (Pedrebon, 2002; Moreira y Sarriera, 2007; Álvarez et al., 2012; Lavin y Cox, 2012; Mora y Hernández, 2015).

Es interesante admitir, llegados a este punto, que el conocimiento de un método anticonceptivo no tiene por qué implicar su utilización (Kait, 2007), pero sí podría evitar algunos embarazos no deseados.

Así, la decisión de usar o no preservativo, es más una decisión de dos, que de un miembro de la pareja exclusivamente. Un ejemplo claro de esto, lo encontramos cuando identificamos cómo la mayor parte de las adolescentes españolas embarazadas que participaron en la investigación de Álvarez et al. (2012), reconocieron ceder en la no utilización de preservativo ante las presiones de la pareja, a quienes no satisfacía su utilización.

Los pensamientos y representaciones que la adolescente interioriza pueden ser determinantes para su desarrollo vital (Langer, 1983). A veces, una ausencia de

conocimiento o un conocimiento limitado en materia sexual son reflejo de los pensamientos y representaciones que ellas han elaborado. Esta ausencia de conocimiento puede conducir a las adolescentes a gestaciones prematuras (Trindade y Menandro, 2002). De hecho, el embarazo es una manifestación de la propia persona y de su propia sexualidad, *“es la parte visible del comportamiento más íntimo”* (Martínez y Romero, 2004).

Una última consideración respecto a este modelo cognitivo, es que el núcleo familiar a menudo, no suele ser referente en materia de formación sexual, sino todo lo contrario, suele ser transmisor de miedos. Habría que cuestionar la responsabilidad de la familia ante la formación de los hijos, pues algunos no se responsabilizan eficazmente de su formación (Álvarez et al., 2012), situación que sin duda, puede condicionar el desarrollo de gestaciones tempranas o incluso, la aparición de futuras depresiones en la madre adolescente (Szigethy & Ruíz, 2001).

Finalmente, no ha de obviarse que el paradigma cognitivo en psicología siempre ha tenido una gran tradición de rigor científico, *“al tratar de explorar cada uno de los pasos o momentos que constituyen el proceso cognitivo”* de un sujeto (Sanchez Casado, 1998, p.81).

4.2. Modelo comportamental

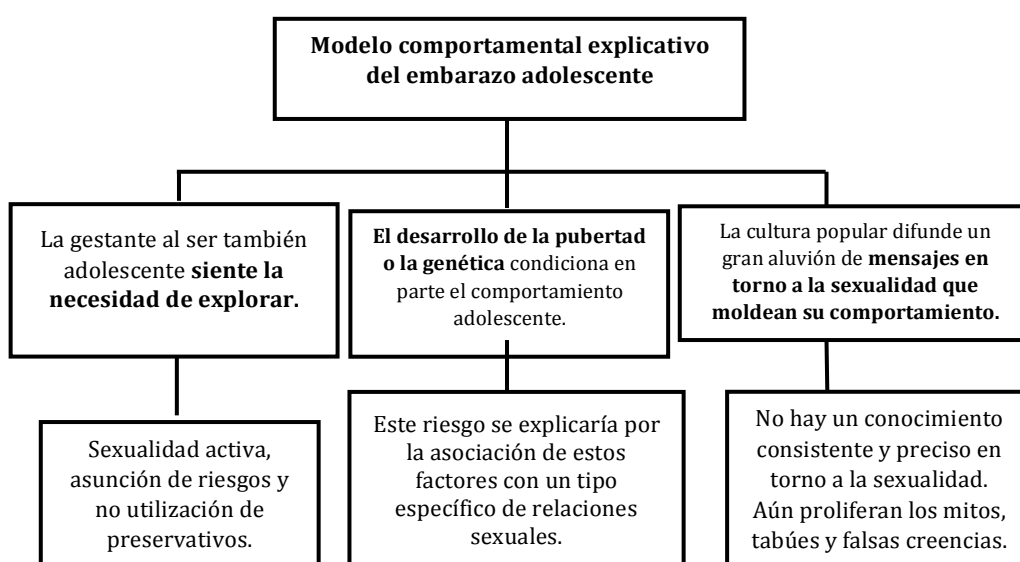
“La sexualidad es más que un argumento afectivo, es un conducto lúdico y especialmente expresivo. Los jóvenes y adolescentes son sinónimo de apertura a lo novedoso de la experiencia, en la combinatoria posibilística de encuentros y accidentes amorios múltiples” (Sánchez, 2008).

Si nos aproximamos a este modelo, el embarazo respondería a una sexualidad activa sin empleo de métodos anticonceptivos, es decir, el embarazo se explicaría a partir de una elevada exposición a la actividad sexual sin anticoncepción (Vallejo, 1988).

Algunos autores van más allá de estas afirmaciones y proponen que la longitud del tiempo y la edad en la que una chica está sexualmente en actividad, predecirán la ocurrencia del embarazo (Hofferth, 1987; Harvey y Spigner, 1995 citados en Hockaday et al., 2000).

Respecto a este tema, Morgan, Chapar y Fisher (1995), a raíz de su investigación, concluyeron cómo las chicas embarazadas tenían su primer encuentro sexual a una edad menor que el resto de chicas que dejaron para más tarde este encuentro. Estas últimas no se quedaron embarazadas durante su adolescencia. Si bien, y desde una postura opuesta a la reflejada, unos años antes, Holden, Nelson, Velásquez y Ritchie (1993) concluyeron que la edad de la primera experiencia sexual no era una variable anticipatoria de los embarazos no deseados.

Figura 4.3. Modelo causal comportamental explicativo del embarazo adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en el Capítulo 4 (Hofferth, 1987; Holden et al., 1993; Harvey y Spigner, 1995; Hockaday et al., 2000...).

La sexualidad se convierte en una vía o medio para satisfacer esa necesidad de exploración que experimentan los adolescentes. Para Sánchez (2008), la adolescencia supone estar “en tierra de nadie”, “*será un momento donde lo sexual y la exploración de todas las caras y combinaciones pueden ser posibles*”. “*En definitiva, la adolescencia es una edad troqueladora de identidad*” (Sánchez, 2008, p.53). La personalidad del individuo quedará moldeada durante la adolescencia, y será entonces cuando se produzcan transformaciones respecto a su sexualidad, sus actitudes, sus pensamientos y sus relaciones.

La presencia de factores biológicos, condicionantes de determinadas formas de comportamiento, también fue asociada a los embarazos en la adolescencia. Miller et al.

(2001) describieron cómo efectivamente, factores como el desarrollo de la pubertad, los niveles hormonales, incluso los genes, estaban estrechamente interrelacionados con comportamientos que ponían en riesgo el embarazo a esta edad. Este riesgo se explicaría por la asociación de estos factores con un tipo específico de relaciones sexuales.

Los medios de comunicación asumen un rol decisivo en el modo en que las relaciones sexuales adolescentes van a ser percibidas. De hecho, Ashcraft (2006) puso énfasis precisamente en ese gran aluvión de mensajes que se están produciendo en torno a la sexualidad en la cultura popular. Estos mensajes a menudo condicionan las identidades adolescentes predisponiéndolos a comportamientos no regulados.

Este autor sugiere además, que la sociedad no debería focalizar todo su esfuerzo en retrasar la sexualidad, por el contrario, debería promover formación sobre el tema, así como fomentar el desarrollo de un currículo multicultural crítico, *“que interrogue las desigualdades sociales, y posibilite generar indirectamente condiciones que reduzcan el embarazo adolescente”* (Ashcraft, 2006).

Dada la presencia de todos estos factores, no sería conveniente situar la causa del embarazo adolescente en una postura simplemente comportamental o cognoscitiva, hemos de tomar en consideración una vertiente más psicosocial que nos permita entender todo el proceso psicológico y social que está aconteciendo en la adolescente y en su entorno. *“La conducta, es fundamentalmente un indicador de la actividad psíquica”* (Fajardo y Vicente Castro, 1998; p.161). Nos adentraremos pues, en un modelo mucho más amplio y abierto a la explicación causal: el modelo psicosocial.

4.3. Modelo psicosocial

“Un todo individual, manifiesta un tipo de comportamiento consecuente y moldeante de esa propia realidad que le estimula, es decir, la unidad biopsicosocial del ser humano se conceptualiza en dos planos biyectivos y de mutua influencia” (Sánchez Casado, 1999).

El modelo psicosocial, al que vamos a dar comienzo en este apartado, está en consonancia con la creencia de que las causas del embarazo radican en el acontecer psicosocial de la adolescente. Si bien, no debemos obviar el hecho de que el ser humano constituye una unidad bio-psico-social. *“Su naturaleza ostenta esta triple*

determinación”, “*si se prescinde de alguna de las tres dimensiones se incurre en un reduccionismo*” (Sánchez, 1998).

Precisamente, en los dos primeros años de vida de una persona, el desarrollo psicosocial va a depender de la interacción que se produzca entre el individuo y otras personas a las que se vinculará afectivamente, personas que “*le cuidan, satisfacen sus deseos, motivaciones o intereses, al mismo tiempo que le estimulan en la exploración y comprensión de la realidad que le circunda*” (Sánchez, 1998, p.101).

Según el modelo psicosocial, existen variables sociales y factores psicológicos, -ya sean bajos niveles de autoestima o una pertenencia a un estrato socioeconómico determinado-, que pueden contribuir a un aumento de la incidencia de gestaciones adolescentes (Vallejo, 1998).

A continuación, se revisarán trabajos que harán referencia a estos factores como antecedentes de la gestación. Acometeremos la evolución de factores internos y externos a la gestante, que además, como apunta Sánchez (2008), serán condicionantes de su psique –soma. Entre esos factores internos y externos, como apunta Sánchez (1998), será necesario un equilibrio que posibilite “*afianzar la mismidad del propio individuo*” (Sánchez, 1998, p.22).

En primer lugar, es conveniente acentuar el papel del aprendizaje vicario en la maternidad. En muchos casos, los comportamientos de las madres de las ahora gestantes, son repetidos por las propias adolescentes. Así, Zárata (2013) referencia a autores como Swan et al. (2003); González, (2007); Diego y Huarcaya, (2008), Salazar et al. (2007); Jutte, (2010) quienes coinciden en constatar cómo las madres de las adolescentes que están embarazadas, también experimentaron la maternidad de forma precoz, evidenciándose cierta repetición transgeneracional. Mediante el aprendizaje vicario, la gestante no sólo aprendería la conducta observada del modelo “*madre*”, sino también por otra parte, los efectos observados en ella.

En esta misma línea argumental, Miller et al. (2001), Moyeda et al. (2006), Salazar et al. (2007), Creatsas, Goumalatsos Nicos, Deligeoroglou Eythymios, Karagitsou, Calpaktoglou Costas y Whitehead (2009) y Jutte et al. (2010) subrayaron especialmente, el gran número de adolescentes que afrontaban una gestación siendo hijas de madres adolescentes.

En este contexto, el ser madre adolescente no constituiría para la hija un estigma. Es probable, como indicaron Creatsas et al. (2009), que esta hija se sienta más segura, confiada y con mayor competencia respecto al afrontamiento de su embarazo en comparación con otras adolescentes embarazadas de su edad. De este modo, se produciría una doble identificación satisfactoria en la hija: una identificación con su madre y con el rol materno.

Profundizar en el embarazo y la maternidad, sea adolescente o no, siempre ha precisado de la consideración de factores históricos y socioculturales inherentes a la diversidad cultural (Pires, 2010). Así, desde el plano psicosocial, el estudio de la gestación, demanda una exploración exhaustiva de factores, como por ejemplo, el entorno social que rodea a la embarazada, o también, los valores personales acumulados por ésta a lo largo de su ciclo vital (Irwin y Millstein, 1986).

Así, Geronimus (1991) en Hockaday et al. (2000), trató de explicar por qué en la maternidad y paternidad adolescente era palpable cierto desgaste psicológico antecedente, es decir, previo a la gestación. Geronimus manifestó que este desgaste tenía origen en el propio ambiente social y cultural condicionante que rodeaba a la gestante. Este ambiente social era el que condicionaría su gestación (Morales, Kornblit, Páez y Asún, 2002, citados por Fernández, 2005).

Hockaday, et al. (2000) igualmente, referenciaron a Furstenberg (1992), respecto al desacuerdo de éste último con la postura de Geronimus. Furstenberg (1992) atribuyó la maternidad inmadura no a la incapacidad de la adolescente para ser una persona independiente, sino a una secuencia de acontecimientos: *“una relación sexual, un uso ineficaz de anticonceptivos, un embarazo y un no desarrollo de un aborto”*.

Si bien, lo que sí es cierto, es que no podemos asociar exclusivamente un factor determinado a la existencia de embarazos adolescentes. De hecho, factores de carácter socio-emocional parecen estar asociados también al embarazo en la adolescencia, tales como una baja autoestima o una infravaloración personal (Pires, 2010). Esta infravaloración puede tener origen en la separación, en la desidentificación, -como puntualiza Sánchez (2008)-, procesos que implican en el adolescente el duelo de hacerse adulto.

En este sentido, en lo que respecta a la individualidad de la adolescente y a su idiosincrasia, la investigación empírica ha demostrado que factores como la inmadurez

sexual o la inestabilidad emocional, así como el sistema de creencias, valores y expectativas favorables a la actividad sexual prematrimonial se asocian a una mayor vulnerabilidad individual de experimentar un embarazo en la adolescencia (Araujo, 2011).

Además de estos factores, el “*separarse de la familia de origen*” puede ser otro factor de impacto en la gestación prematura, si además tenemos en cuenta que, en ocasiones, las adolescentes no son capaces de separarse de “*su idealización paterna*”. La adolescente debe ser capaz de desprenderse emocionalmente de la imagen fijada hija-niña (Sánchez, 2008). Si bien, cada una elaborará esta alteración de forma diferente.

“*Los hábitos no saludables*” constituyen nuevas variables psicosociales objeto de estudio por este modelo. En esta misma línea, recientemente Veloso y de Souza Monteiro (2013) pusieron de manifiesto la prevalencia de factores asociados al consumo de alcohol en adolescentes, quedando demostrada la relación que existiría entre el consumo de alcohol y el embarazo no deseado. Otros estudios precedentes corroboraron esta prevalencia, tales como los de Hockaday, et al. (2000) quienes exploraron la incidencia y la relación positiva entre el alcohol y la actividad sexual.

De modo similar, otros investigadores han hallado que la actividad relacionada con la delincuencia y el consumo de alcohol podían preceder el acontecimiento de un embarazo (Swadi, 1999; Cavazos-Rehg, Krauss, Spitznagel, Schootman, Cottler, y Bierut, 2012). Por otra parte, atendiendo a Whiteley y Brown (2010), la drogadicción podría anticipar el riesgo de embarazo en la adolescencia, en estos casos la gestación sería asociada a un malestar psiquiátrico, paro, falta de apoyo social o desventaja económica.

Las diferencias raciales también han sido objeto de estudio dentro de este modelo psicosocial. Las adolescentes embarazadas de diferentes razas manifestarían unos perfiles psicosociales heterogéneos entre sí, así como diferentes problemas y necesidades psicosociales derivadas del mismo (Felice, Shragg, James y Hollingsworth, 1987). En la etnia gitana, por ejemplo, los embarazos suelen acontecer a edades muy tempranas, y muchos de ellos son planificados.

Esta teoría, que sostendrá que los embarazos tempranos se producirán por pertenecer a una etnia determinada, no está muy clara, más aún si tenemos en cuenta

que las gestantes adolescentes pertenecen a cualquier entorno social, étnico o cultural. Además, se ha concluido que los embarazos no planificados, tienden hacia una igualdad en su incidencia dentro de la *pluralidad de los estratos sociales* (Vallejo, 1998).

Desde la década de los ochenta, autores como Robbins (1985) en Hockaday et al. (2000) culminaron su proceso de investigación teniendo como punto de mira la influencia de factores específicos, tales como las calificaciones bajas, el deseo de dejar los estudios y el bajo estatus socio-económico parental, relacionándolos con los embarazos adolescentes. Otros investigadores como Plotnick, (1992), desde esta perspectiva, incidieron en que unas expectativas educativas altas y unas actitudes positivas hacia los estudios, eran asociadas, sin embargo, a una posposición mayor de la maternidad.

En un trabajo de investigación encabezado por Young, Turner, Denny y Young, (2004) quedó demostrado cómo las variables más predictivas de un embarazo eran por un lado, la pobreza interna del sujeto (locus de control, las expectativas educativas de sujetos, y la confianza de obtener el título de secundaria), así como también, su pobreza externa (el nivel de educación de los padres).

Respecto a las variables de índole emocional, que podrían explicar una gestación adolescente, podríamos delimitar una heterogeneidad de dificultades de tipo emocional. Moyeda, Vega, Figueroa y Velasco (2006) describieron cómo algunas causas del embarazo temprano tenían su origen en problemas emocionales que sufrían estas adolescentes.

Así, la descripción psicológica de estas futuras madres, suele caracterizarse por una imagen en la que predomina cierta pasividad y confusión, así como una pobre autoestima y una experiencia de rechazo y abandono (Newport, Wilcox y Stowe, 2002). Esta imagen además se complementaría con una limitada confianza en sí misma. En muchos casos, estos problemas son producto esencialmente, de una relación inadecuada con sus familiares desde su infancia, especialmente con sus progenitores (Moyeda et al., 2006). Según Climent (2006), estos adolescentes solo adoptarán los valores de sus padres siempre que predomine entre ellos una relación afectiva positiva.

Atendiendo a los nuevos planteamientos recientes que van surgiendo en esta temática, es bastante frecuente destacar un detrimento en cuanto al interés mostrado por

la exploración de factores vinculados a la personalidad de los adolescentes, y que si bien, constituirían otro fuerte predictor de embarazo (Harville, Madkour y Xie, 2015).

Así, mientras el neuroticismo, la escrupulosidad y la extraversión como rasgos de personalidad, podrían predecir el embarazo adolescente en mayor medida, la agradabilidad, el intelecto y la imaginación se asociarían a una menor probabilidad de quedar embarazada a esta edad. Berg, Rotkirch, Väisänen y Jokela (2013) alegaron en este sentido que: *“la personalidad se asociaría diferencialmente con embarazos planeados y no planeados”*. Llegados a este punto, no podemos obviar las aportaciones de Monk, Fifer, Miers, Sloan, Trien y Hurtado (2000) para quienes resultaría imposible hacer una distinción clara entre lo biológico y lo afectivo.

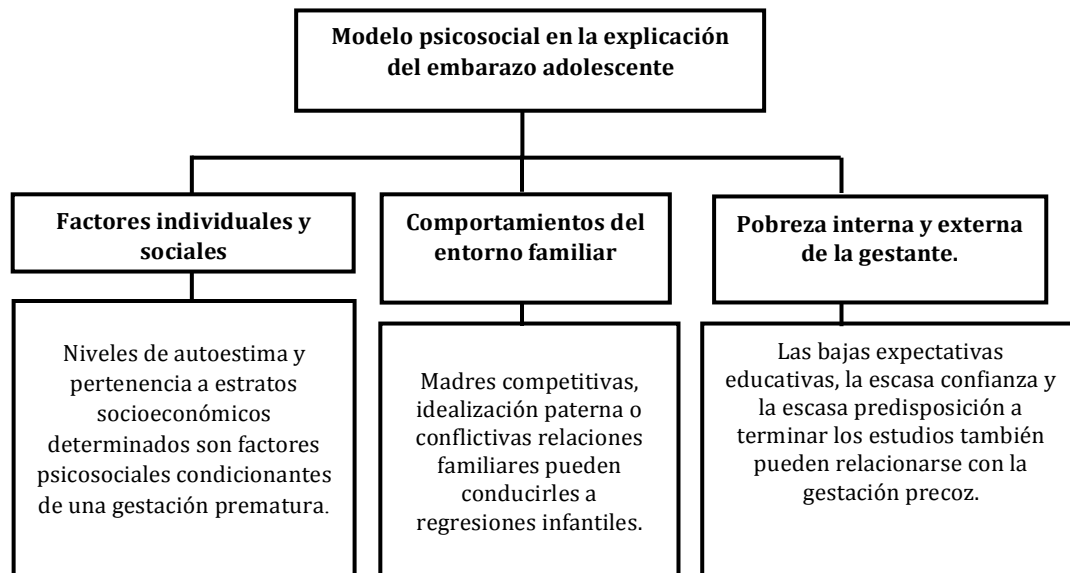
Fruto de esta síntesis de artículos compilados, una amplia gama de factores personales y sociales estrechamente vinculados entre sí, han puesto de relieve cómo el embarazo adolescente es algo más que el reflejo de unas problemáticas prácticas sexuales o de una falta de conocimiento en materia sexual. De hecho, los embarazos suelen responder también a un marco familiar común.

De igual modo, en este sentido, Vallejo (1998) postulaba cómo las familias de las gestantes solían estar encabezadas por un padre autoritario, distante, poco afectivo, donde la madre era la figura que ejercía la autoridad y el control sobre los hijos. Estas madres solían desarrollar vínculos afectivos inestables, mientras que las hijas por su parte, eran más inseguras y dependientes respecto a la figura materna (Vallejo, 1998). Sin embargo, para Climent (2006) gracias a la democratización de la sociedad estos roles tradicionales se han ido transformando profundamente.

Por otra parte, algunos significados que los futuros padres van a atribuir a la feminidad y masculinidad, su forma de pensar o actuar, así como su propia expresión sexual, pueden tener origen en el esquema de prohibiciones y permisos que recibieron de sus padres en la infancia (Martínez, Jiménez, & Romero, 2004).

En Figura 4.4 aparece reflejada una síntesis breve de los aspectos abordados en este modelo psicosocial explicativo del embarazo adolescente.

Figura 4.4. Modelo causal psicosocial explicativo del embarazo adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en el Capítulo 4 (Newport, Wilcox y Stowe, 2002; Macleod, 2013; Moyeda, Vega, Figueroa y Velasco, 2006; Harville, Madkour y Xie, 2015...).

Por todos estos significados y factores implicados en la gestación, es indispensable promover políticas públicas multidimensionales que atiendan las múltiples necesidades de nuestros adolescentes. Para ello, deben emplearse medios lo suficientemente atractivos como para que esta información y formación les llegue de forma apropiada.

Precisamente, el embarazo adolescente, tal y como expone Macleod (2013), está mediatizado por la actuación de los medios de comunicación, los cuales se centran en el embarazo adolescente como un problema, cuando en realidad no lo es en sí mismo.

Estos factores psicosociales abordados pueden ser clasificados como podemos intuir en dos ejes: el contexto social y la personalidad de la gestante. Ni los antecedentes, ni las consecuencias de la gestación, van a ser idénticas para todas ellas (Miller, Benson y Galbraith, 2001). Será a través de esa compleja interacción entorno-individuo, como podamos dar un sentido completo y una explicación certera al embarazo adolescente.

No podemos dar término a este apartado sin reflejar cómo las disposiciones y actitudes de los adolescentes hacia la sexualidad, hacia el embarazo y hacia la

maternidad se mantienen y subyacen más allá de los cambios culturales y sociales. En este sentido, tal y como expone Vallejo (1998), si para el adolescente estas disposiciones y actitudes hacia la maternidad, hacia el embarazo y hacia la sexualidad, no son coherentes entre sí difícilmente podremos actuar frenando nuevos embarazos.

Por último, también la asincronía de habilidades en los adolescentes a menudo es la “*culpable*” de problemas que se originan en esta etapa. Es decir, si la maduración física se anticipa a la maduración cognitiva y emocional, las adolescentes se sentirán preparadas para participar en la actividad sexual pero no tanto para afrontar las consecuencias de carácter cognitivo y emocional, como puede suponer, por ejemplo, un inesperado embarazo (Vallejo, 1998, p.78).

En el próximo capítulo se efectuará una revisión teórica sobre algunos antecedentes en la historia de vida familiar de muchas adolescentes, que pudieron preceder e incluso condicionar su precoz embarazo.

“Si logramos educar que brinden un mínimo de angustia y sentimiento de culpa que puedan disfrutar gozosamente de su feminidad, podremos esperar que el embarazo y el parto sean nuevamente lo que son” (Langer, 1983, p.340).

“La función materna y la función paterna no son iguales ni intercambiables. Las dos figuras, paterna y materna son indispensables” (Calvo, 2015, p. 11).

Capítulo 5

“El futuro influye en el presente tanto como el pasado”

Nietzsche (1844-1900).

CAPÍTULO 5: HISTORIA DE VIDA FAMILIAR, ANTECEDENTES EN EL DESARROLLO DE UNA GESTACIÓN TEMPRANA

Los seres humanos *“somos seres sociales que necesitamos encuentros para poder construirnos a nosotros mismos”* (Fernández-Henarejos y Prados, 2011; p.541). Estos encuentros, que se inician desde la más tierna infancia, dejarán una huella única en nuestro desarrollo posterior. Las personas además, desempeñamos una multitud de roles, y como indica Loscertales (2015), actuamos *“en el gran escenario de la vida, enmarcado en dos complejos cortinajes: la naturaleza y la sociedad”*.

La familia siempre se ha considerado un eje principal transmisor de valores, el cual facilita el ajuste de cada uno de los miembros que la componen (Musitu y García, 2016). La familia será un núcleo fundamental responsable de *“nutrir”*, valorar, reconocer, dar cariño y *“sociabilizar”* a sus miembros (Linares, 2006; citado en Serrano, 2013). Las relaciones que establecerá el niño con su familia van a desempeñar un papel principal en la prevención o desarrollo de psicopatologías futuras, tanto en la infancia como en la adolescencia (Serrano, 2013).

En este capítulo, se examinarán diferentes factores que serán comunes a la historia de vida familiar de algunas gestantes adolescentes. Estos aspectos comunes no tienen por qué anteceder a todas las gestaciones que tienen lugar en la adolescencia, pero sí suelen darse con bastante frecuencia en la historia familiar de muchas de ellas.

El papel del contexto familiar en el desarrollo del menor ha sido objeto de investigación a lo largo de la historia por diferentes autores tal y como postula Lena Moreira (2014), entre ellos por Torío López, Peña Calvo y Rodríguez Menéndez (2008), Musitu Ochoa, Estévez López y Jiménez Gutiérrez (2010). Además, es bien sabido que, las relaciones que en él se establecerán van a repercutir en el desarrollo de cada uno de sus miembros. En este sentido, algunas adolescentes recurren a este embarazo temprano

para huir de conflictos familiares, especialmente, aquellas con grandes cargas familiares (Pacheco-Sánchez, 2016).

El funcionamiento familiar puede generar bienestar o malestar entre los miembros de una familia, en función de si éste es armónico o disarmónico. Este funcionamiento puede además, facilitar comportamientos saludables, o por el contrario, promover otros escasamente beneficiosos para la salud, como por ejemplo, las conductas de riesgo (Climent, 2008; Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2008). Si bien, en cada sujeto, los efectos de las variables biológicas y culturales se organizarán de una forma específica (Sánchez Casado, 1998).

Así, en la adolescencia, gran parte de los problemas de salud se generan por la práctica de comportamientos de riesgo, como son el consumo drogas y las prácticas sexuales no seguras, pues constituyen junto con el suicidio, las principales causas de mortalidad entre los adolescentes según la Organización Mundial de la Salud (Polanco, 2014). Estos problemas de salud pueden iniciarse en el seno familiar. En este sentido, Lena Moreira (2014) a partir de investigaciones como las de García, Fuentes y García (2010), describía cómo los jóvenes que presentaban un menor ajuste social y mayores problemas de conducta habían sido educados con estilos parentales autoritarios y negligentes. Es decir, el estilo educativo parental condicionaba determinadas conductas de ajuste social en los hijos.

Por su parte, siguiendo esta línea argumental, Rosselló y Hernández (2004) aludieron a cómo eran frecuentes las ideaciones suicidas, los eventos estresantes y los problemas de autoestima en muchas gestantes adolescentes. En este sentido, se identificó además, una correlación alta entre la disfuncionalidad familiar y las conductas de riesgo (Climent, 2008; Santiago y Roselló, 2015; Mosquera 2016).

No sólo se han identificado correlaciones entre disfuncionalidad familiar y embarazo adolescente, también, se han hallado relaciones significativas entre la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las gestantes adolescentes. Autores como Zambrano, Vera y Flórez (2012) y Flórez, Gallego, Low, Crespo, Ibáñez y Téllez (2015) exploraron la funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento, y evidenciaron que, en función de cómo funcionara la familia de origen, la adolescente afrontaría mejor o peor su embarazo.

Cabe destacar, que los comportamientos de cada miembro de la familia pueden determinar la salud de cada uno de ellos. En este sentido, Loscertales (2015) describía cómo la fuerza y la potencia vital de cada persona estarían vinculadas a su salud. En esta línea, si reflexionamos acerca del modo de actuar de cada uno de los miembros de una misma familia, así como de las relaciones que establecerán entre ellos, hallaremos una íntima relación entre estos comportamientos y la salud personal de cada uno.

Los apartados que se presentan a continuación, pretenden reflejar cómo la “*inestabilidad familiar*”, las “*carencias afectivas en el núcleo familiar*”, así como la “*ausencia paterna*”, son factores que suelen anteceder a una gestación adolescente. Estos factores no tienen por qué estar presentes en la historia familiar de todas las gestantes, sin embargo, la literatura científica en esta temática frecuentemente los cita y son objeto de estudio para muchos aquellos que optaron por explorar la gestación en la adolescencia.

5.1. Inestabilidad familiar antecedente a la gestación.

Durante los dos primeros años de vida de una persona, el desarrollo psicosocial va a depender prioritariamente de la interacción que se va a producir entre el niño y las personas a las que éste se vinculará afectivamente.

Esa primera infancia, suele ser un período de tiempo en el que comienzan a conformarse las figuras de apego, es decir, empiezan a tomar forma: “*aquellos adultos que le cuidan, satisfacen sus deseos, motivaciones o intereses, al mismo tiempo que le estimulan en la exploración y comprensión de la realidad que le circunda*” (Sánchez Casado, 1999, p.101). En este sentido, muchas gestantes relatan experiencias que revelan una falta de cuidados o castigos inmerecidos en la infancia. Estas adolescentes embarazadas, al igual que otras muchas que no lo están, a veces sufren las consecuencias de unos padres que, como indica Serrano (2013), son incapaces de superar su propia historia personal y lo que hacen es proyectar rabia e ira contra sus seres queridos.

En este sentido, llegados a este punto, es pertinente precisar a qué nos referimos cuando aludimos al término: “*inestabilidad familiar*”. Cuando nos enfrentamos a una inestabilidad familiar, estamos describiendo una “*no óptima calidad de relación existente entre sus miembros*” (Miller, 2001), una falta de comunicación, una insuficiencia o falta de supervisión familiar, apoyo o afecto (Pedrosa, Pires, Carvalho,

Canavarro y Dattilio, 2011). Las interacciones y dinámicas familiares tempranas son grandes modificadores de la estabilidad familiar.

Durante la adolescencia de los hijos, la familia, especialmente los progenitores del adolescente, experimentarán inseguridades, ya que percibirán a sus hijos como inexpertos a la hora de evitar riesgos como puede ser el consumo de drogas (González, 2004) o en nuestro caso, a la hora de evitar un embarazo no deseado. En la adolescencia además, se va a producir un desplazamiento de intereses por parte del adolescente, el cuál progresivamente irá proyectando su foco de interés sobre el grupo de iguales.

Los adolescentes no son los únicos que tienen que ir asumiendo ese distanciamiento, sino también los propios padres. Los padres han de expresar siempre con sinceridad sus propios puntos de vista y hacerles sentir a sus hijos que tienen su apoyo (Musitu y Cava, 2001; García Zabaleta, 2004). Si bien, este distanciamiento normal y habitual, puede generar cierta inestabilidad familiar si los padres no están preparados para ello.

La conquista de autonomía por parte del adolescente puede desencadenar en algunos casos, un distanciamiento de los padres (Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2008). Este distanciamiento por búsqueda de autonomía no tiene por qué constituir una amenaza para el equilibrio familiar, si bien, si a este distanciamiento natural se le suma una gestación inesperada, será más fácil que se *“rompa o deteriore”* dicha *“armonía familiar”*.

Existen factores contextuales que son difíciles de controlar y que también pueden modificar o *“tambalear”* dicha estabilidad familiar. En este sentido, recientemente, un estudio descriptivo y transversal encabezado por Simón y Aznar (2015), en el que participaron 583 jóvenes de entre 13 y 24 años de edad, casi el 30% de la muestra presentó un embarazo no planificado. El riesgo de embarazo era mayor en los casos en los que el padre de la gestante estaba desempleado, o la madre había tenido un hijo durante la adolescencia, así como en los casos en los que eran frecuentes los problemas en el hogar. Efectivamente, el riesgo de embarazo empezaba a incrementarse en entornos de inestabilidad donde predominaba el desempleo o los problemas frecuentes en la familia (Cegarra, Quintero y Hernández, 2001).

El estatus socioeconómico familiar puede ser otro factor a tener en cuenta, pudiendo ser protagonista directo de la estabilidad familiar. Aunque no se suele explorar

la relación entre estatus familiar e inestabilidad familiar, una parte de la literatura sí que ha evidenciado que las tasas de embarazo adolescente son mayores entre las familias con problemas socioeconómicos (Coley y Chase-Lansdale 1998; Garrett y Tidwell, 1999; Pereira et al. 2005), así como en familias siendo las madres solteras (Ellis et al. 2003; Miller et al. 2005), también en madres con bajos niveles educativos (Miller et al. 2001; Pereira et al. 2005), y en historias familiares de abuso de alcohol (Haldre et al. 2009 en Pedrosa, 2011). Este estatus económico puede ser condicionante de la estabilidad familiar, ya que el clima se verá afectado y los miembros podrán verse imposibilitados a la hora de hacer frente a sus responsabilidades económicas.

Asimismo, el contexto social donde reside la gestante es también otro factor significativo condicionante de la estabilidad familiar. Desafortunadamente, muchas gestantes van a vivir en barrios caóticos y desfavorecidos, este hallazgo es consistente en la literatura, y sugiere que las condiciones socioeconómicas precarias y la escasez de trabajadores profesionales o directivos en un barrio, se asociarán a un riesgo mayor de embarazo en la adolescencia, así como a una inestabilidad familiar (Lang, Rieckmann, DiClemente, Crosby, Brown, Donenberg, 2012; Nebot, Díez, Martín, Estruga, Villalbí, Pérez y López, 2016). En este tipo de barrios desfavorecidos, una intervención a tiempo en la salud afectiva y sexual de los adolescentes podría prevenir algunos embarazos no deseados (Mateos, Balsells, Molina, Fuentes-Peláez, Pastor y Amorós, 2014).

En países como Argentina, Chile, Perú o Uruguay, es característico el número elevado de adolescentes embarazadas, y es allí, donde es bastante frecuente hallar adolescentes que pertenecen a hogares disfuncionales, tienen padres separados, o predominan relaciones deficitarias entre padres e hijos (Calderón y Alzamora, 2006). Las gestantes presentan además, problemas en las relaciones que entablan con sus familiares, problemas a menudo agravados por una comunicación deficitaria, que no se realiza en contextos de confianza o libertad. Gran parte de estas familias son proclives a experimentar crisis económicas y grandes déficits de comunicación (Pérez Giraldo, 2003).

En este sentido, esta disfuncionalidad identificada y causada en parte, por problemas de comunicación, fue recogida e identificada por autores como González, Luengo, Molina y Meneses (1999), quienes informaron que el 47% de las adolescentes embarazadas encuestadas reflejó no vivir en el seno familiar debido a graves conflictos familiares en los que experimentaron una separación, una falta de entendimiento,

problemas del alcohol, o incluso, violencia familiar. Junto a esta investigación que revelaba una difícil estabilidad familiar, Prías-Vanegas y Miranda-Mellado (2009) también identificaron contextos familiares conflictivos en torno a las adolescentes que aceptaban seguir adelante con sus bebés.

Esta inestabilidad familiar, como venimos sosteniendo, desempeña un papel protagonista en el desarrollo de esta tipología de gestación. Además, si analizamos la actitud o el comportamiento que mantienen algunas madres de las gestantes con sus hijas, identificaremos madres bastante provocadoras, dominantes o competidoras con ellas. Estas madres han establecido al mismo tiempo, una relación simbiótica y ambivalente con sus hijas antes de su gestación (Vallejo, 1998). En este caso, la gestación y posiblemente el ser madre, pueden constituir una vía de escape a esa relación tóxica.

Dando continuidad a esta línea argumental, existirían tres factores a nivel familiar que podrían considerarse también correlatos significativos del embarazo, estos pueden ser: la composición familiar, el apoyo y la cohesión familiar. Dentro de esa composición y cohesión familiar, el abandono de hogar suele ser un núcleo importante de investigación y un antecedente común en la historia de vida de numerosas gestantes adolescentes. Así, en un estudio focalizado en adolescentes cuyos padres abandonaron el hogar, se obtuvo que estas adolescentes eran casi 3,5 veces más propensas a experimentar el embarazo que las demás que sí gozaban de la presencia del padre (Ellis, Bates y Dodge, 2003; Lang, Rieckmann, DiClemente, Crosby, Brown, Geri, 2012).

Simultáneamente, un trabajo de investigación longitudinal en el que participaron unas 700 adolescentes de los EE.UU. y Nueva Zelanda, sugirió que las hijas adolescentes que habían experimentado la ausencia de su padre en su período de desarrollo infantil, eran de siete a ocho veces más proclives de experimentar un embarazo en comparación con las hijas de padres presentes en el hogar.

Kait (2007) trabajando como psicoanalista en una residencia maternal española, focalizó su atención en estas problemáticas relaciones, así como en la infancia de muchas gestantes, e identificó en ellas la necesidad de sentirse apoyadas. Se refería Kait (2007) a la necesidad que experimentaban de ser escuchadas, especialmente “*sobre su historia personal*”. Además, añadía que, si se les proporcionaba ayuda y no estaban

preparadas para recibirla por diferentes motivos, por ejemplo de autoestima, posiblemente, esta ayuda sería rechazada.

Sin embargo, autores como Lang et al. (2013) hallaron la no vinculación significativa entre la comunicación paterno-filial en materia sexual y el desarrollo de un embarazo. La comunicación entre padres e hijos sobre el comportamiento sexual, así como la toma de decisiones serían temas que no se corresponderían con los niveles generales de comunicación ni tampoco con el embarazo adolescente (Lang, et al., 2013).

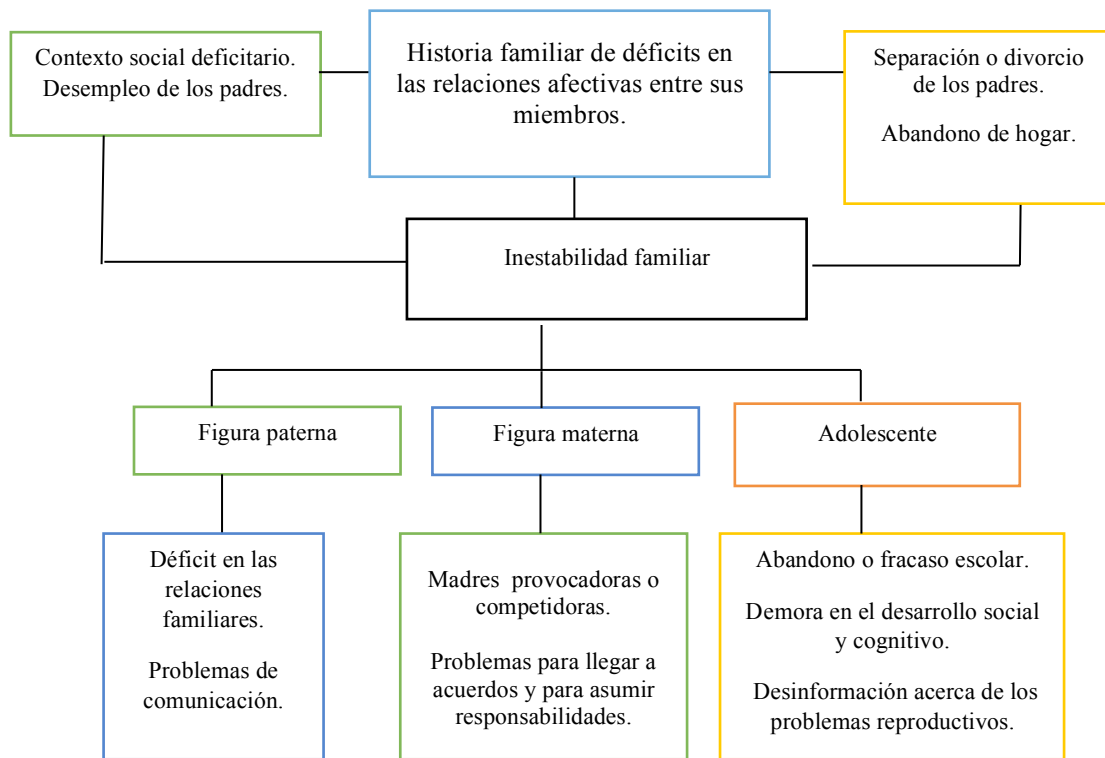
Algo similar ocurrió en otra investigación, en este caso en una efectuada en la Universidad de Texas. La comunicación intrafamiliar entre la gestante y sus padres no sólo condicionaría los sentimientos que se generarán entre los miembros de la familia, sino también la relación positiva que pudiera derivarse de la relación que establecerán entre sí en un futuro (Slater, Mitschke, Douthit, 2011). Este diálogo junto con un diálogo más interior y positivo nos posibilita aproximarnos mejor a lo que Loscertales (2015) denominaba: *“mantenimiento psicoemocional”*.

No obstante, en lo que respecta al papel que desempeña la infancia de la adolescente en esta estabilidad familiar, sí que la trayectoria o evolución de la niñez por parte de la gestante, es decir, la presencia de trastornos de conducta en la infancia (pero no los trastornos depresivos) se ha considerado una variable vinculada a la inestabilidad familiar y también al embarazo adolescente. Es evidente que, si la gestante adolescente presentó trastornos en su infancia, éstos probablemente alterarán la estabilidad familiar. Entre las niñas con trastornos de conducta, Kovacs, Krol, Voti, en 1994 detectaron que el 54,8% se quedó embarazada siendo adolescente, por tanto, el trastorno de conducta de inicio temprano representaba un factor de riesgo para la gestación.

La estabilidad familiar, desafortunadamente, también puede verse mermada si se producen abusos sexuales dentro del núcleo familiar. Para autores como Fergusson, Horwood & Lynskey (1997); Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb & Janson (2009), el abuso sexual experimentado en la niñez se relacionaría con una mayor vulnerabilidad sexual durante la adolescencia.

Como es posible inferir, existen multitud de factores que han sido objeto de interés e investigación en este apartado. A continuación, en Figura 5.1 podemos observar una síntesis de los diferentes factores que hemos citado y que pueden mediar en esa inestabilidad familiar.

Figura 5.1 Inestabilidad familiar antecedente a la gestación adolescente: factores que pueden interactuar en el núcleo familiar.



Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones realizadas en esta temática.

En cualquier caso, como ya hemos expresado con anterioridad, la inestabilidad familiar no tiene por qué ser solo antecedente, sino también consecuencia o efecto del tipo de embarazo tan precoz y no planificado que tiene lugar en la adolescencia. Las peculiaridades y especificidades de cada adolescente, así como su resiliencia individual para afrontar su gestación, también han de considerarse, especialmente por sus efectos de cara a un afrontamiento más eficaz (Guerrero, Cabrera, Rodríguez & Castellanos, 2012).

Esta inestabilidad familiar no sólo será un factor antecedente de muchas gestaciones adolescentes, pues puede llegar también a condicionar una demora en el desarrollo social y cognitivo de muchas adolescentes que afrontan un embarazo.

5.2 Carencias afectivas en el seno familiar: ausencia paterna.

La función del padre en el núcleo familiar es objeto de controversia en la actualidad. Las figuras materna y paterna han sufrido a lo largo de la historia un gran cambio de roles. *“La figura paterna se encuentra más alejada física y en ocasiones*

afectivamente y, sin embargo, continúa siendo el epicentro de la constitución psíquica de los sujetos y de la cultura” (Hernández Leyva, 2016).

En algunas familias la ausencia del padre será una realidad que antecederá a un embarazo adolescente. El embarazo adolescente al ser a menudo “no planificado”, puede ser pobremente acogido por la familia de la gestante e incluso puede llegar a ser motivo de conflicto (Rhodes, Ebert y Meyers, 1994; Micucci, 1998), y ello puede deberse a diversos factores, tal y como venimos anticipando en anteriores apartados.

Autores como Climent (2008), perciben esta gestación, como una respuesta adolescente a un deseo o necesidad de revelarse frente a la educación rígida del entorno familiar. Asimismo, el embarazo puede suponer una respuesta de desafío hacia los padres e incluso una respuesta de compensación ante carencias afectivas. Tal y como afirman Vásquez et al. (2013), las vivencias del presente estarán íntimamente ligadas a las del pasado.

En este sentido, es preciso abordar qué tipo de carencias afectivas van a estar relacionadas con estos embarazos adolescentes. En este sentido, la figura del padre también se acometerá, específicamente por la repercusión que va a tener en el rol a desempeñar por la adolescente.

5.2.1. Carencias afectivas en el seno familiar

No basta con explorar un único factor causal de forma aislada para comprender la aparición de un embarazo en la adolescencia, es preciso explorar toda una dinámica de factores que pueden mediar y actuar predisponiéndolo. En este sentido, en opinión de Flores, González e Ibáñez (2015), así como de Betancur, Villamizar y Nieto (2016) el núcleo familiar debería de ser el centro de análisis de todo embarazo que se produjera a una temprana edad.

Cada familia será diferente y particular en cuanto a la vivencia de sus propios ciclos vitales (Rojas y Linares, 2012; Betancur et al., 2016). Todas las familias tienen un origen y una evolución determinados, si se produce un embarazo inesperado por parte de un miembro, posiblemente se considere el embarazo como una anomalía en el ciclo vital de la familia. Si bien, todas las familias, afronten un embarazo adolescente o no, tendrán que asumir cambios y desarrollar estrategias para superar obstáculos (Puyana, 2006). Dos de las estrategias que pueden favorecer la cohesión entre los

miembros de la familia son: el apego y las relaciones afectivas (Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina y González-Ortega (2014).

El apego y las relaciones afectivas pueden ser producto de la propia estabilidad familiar o viceversa (Climent, 2008). La gestación adolescente para este autor no deja de ser producto de relaciones, intercambios o expectativas específicas, que han ido ajustándose en función de la realidad psicosocial que ha vivenciado cada una en su individualidad. Según Climent (2008), el embarazo podría constituirse ante unos castigos parentales extremos o ante una carencia de afecto o falta de control. Puede ser el caso por ejemplo, del embarazo como respuesta a normas restrictivas impuestas por los padres.

Sigmund Freud fue el primero en dirigir su atención al pasado infantil de los pacientes neuróticos adultos y también, a la importancia de los vínculos primarios (Escobar, 2008). Más tarde, grandes exponentes del psicoanálisis pusieron énfasis en las teorías sobre la importancia del vínculo madre-hijo, entre ellos el psicoanalista norteamericano René Spitz (1969), uno de los pioneros en la observación directa de la relación madre-bebé, quien además describía las distintas etapas de la evolución psicogenética (Escobar, 2008).

Siendo este pasado infantil tan trascendental para el desarrollo del adolescente, resulta paradójico que sea en la adolescencia cuando descubramos los problemas y dificultades que se han ido acumulando en la infancia (Serrano, 2013). En esta línea, Serrano (2013) subraya cómo los padres tienden a apreciar los problemas psicológicos de sus hijos, además de percibir que necesitan ayuda psicológica, cuando han llegado a la adolescencia, y no tanto, cuando están en el período infantil o preadolescente.

Dada esta afirmación, hemos de resaltar que, a menudo detrás de una gestación puede haber una adolescente que ha necesitado ayuda psicológica, probablemente no recientemente, sino cuando era niña. Puede ser que la gestante haya sufrido carencias afectivas en su entorno familiar, y además, que la imagen que haya elaborado de sí misma no sea del todo positiva (Quintero y Sánchez, 2015). Afortunadamente, la imagen que sustentamos sobre nosotros mismos, a menudo inconsciente, será dinámica y susceptible de ser modificada (Vaimberg y Lombardo, 2015)

Los cambios de la adolescencia pueden ser afrontados de forma óptima si el adolescente ha podido desarrollar una identidad más o menos sólida a partir de las

interacciones para él significativas. Si se producen desajustes en estas identificaciones e interacciones, también se generarán desavenencias en las relaciones con los iguales (Sánchez Teruel y Robles Bello, 2013).

Las gestantes adolescentes con frecuencia revelan haber tenido que afrontar situaciones difíciles en lo que a relaciones familiares respecta, especialmente muchas de ellas han percibido y presenciado problemas en las relaciones conyugales, o han asistido a correlatos de abandono físico, violencia o privaciones afectivas (Betancur et al., 2016). En este sentido, Serrano (2013) evidenció que el mayor grado de síntomas psicopatológicos en los hijos de parejas adultas se producía donde el vínculo conyugal se presentaba desajustado, en comparación con los de los hijos de aquellos padres que mantenían una armonía conyugal.

Las carencias afectivas llegan a ser determinantes en esta adolescencia, que resulta para muchos, estresante y llena de desajustes. Los vínculos afectivos positivos entre padres e hijos repercutirán positivamente, en el sentido de que, las adolescentes a partir de éstos, podrán conferir sentido a su propia existencia (Climent, 2008). Muchas veces las personas no disponen de espacios para poder expresar lo que sienten o cómo se sienten, es necesario que un grupo (en nuestro caso la familia), disponga de espacios y tiempos suficientes para facilitar y fomentar el diálogo entre sus miembros (Palacín Lois, 2015).

En este sentido, el afecto y el apoyo hacia el hijo procedente de ambos progenitores, favorecerán que el niño pueda sentirse competente en la sociedad (Serrano, 2013). Este afecto y apoyo, tal y como hemos citado en capítulos anteriores, es con frecuencia bastante limitado en las gestantes.

Los padres han de ser capaces de generar un clima familiar estable y afectivo, siendo conscientes además, de que la calidad de las relaciones familiares serán la clave para el desarrollo de cada uno de sus miembros (Climent, 2008). Si bien, puede ocurrir que la familia no esté preparada para crear este clima afectivo, puede ser que algún miembro sea de creencias férreas y no facilite la flexibilización de posturas (Palacín, 2015). Es pues, necesario delimitar estas carencias y actuar en sentido opuesto a esta dirección. Este es el caso de algunas gestantes que proceden de familias con fuertes convicciones, nada flexibles y escasamente expresivas en cuanto al afecto que confieren.

Según Calesso (2007), con frecuencia las relaciones que las gestantes adolescentes establecen con sus progenitores son ambivalentes. Gracias a las propias verbalizaciones y expresiones de estas madres, una vez que han dado a luz, podemos esclarecer cierta inestabilidad en cuanto a los sentimientos que presentan respecto a sus padres. Pueden predominar en estas gestantes una presentación incoherente de las vivencias relacionadas experimentadas en la infancia en el seno familiar, así como una idealización o desvalorización de las figuras paterna y materna.

En internet incluso se puede encontrar el siguiente planteamiento: “*embarazo adolescente ¿falta de información o falta de amor?*”. Las adolescentes pueden recurrir a la maternidad como posible “salida” o “respuesta” para ser más valoradas por la sociedad ante las carencias experimentadas en el seno familiar (Hoffman, Paris y Hall, 1997).

Antes de poner fin a este apartado, es relevante citar a Betancur et al. (2016), quienes consideraron recientemente en sus conclusiones sobre el embarazo adolescente, que cada adolescente iba a iniciar una trayectoria vital especialmente problemática en función de la violencia que haya podido experimentar en su familia, así como en función de las carencias afectivas de las que hemos tratado en el seno familiar. Todo ello, supondrá una necesaria recomposición forzada de la familia (Bedoya, 2011; Floréz, 2015) y un esfuerzo por parte de la gestante para afrontar la gestación mediatizada por este entorno.

5.2.2 Ausencia paterna

El interés que despierta el papel del padre en el sistema familiar, así como su relevancia, constituyen una realidad histórica no novedosa para la psicología. Si bien, la mayoría de estudios que tratan el tema de la gestación adolescente focalizan su atención en la figura materna quedando relegada la figura del padre a un segundo plano.

En nuestra cultura occidental, el papel de la mujer cada vez es más protagonista, las mujeres en general comparten su orgullo de ser mujeres y son conscientes del papel que desarrollan y la responsabilidad que adoptan siendo educadoras, madres, trabajadoras... La mujer no es sólo madre sino que es mujer y no tiene por qué renunciar a determinados roles.

Es pues, que en este apartado vamos a focalizar nuestra atención en esos núcleos familiares en los que el padre ha quedado relegado a un segundo plano. Pues aunque el padre está presente, su figura paterna como tal está ausente, ya sea porque ha delegado su rol a favor de la mujer o por cualquier otra razón. Como sostiene María Calvo Charro (2015) tal vez estamos asistiendo a un oscurecimiento de lo masculino como fenómeno colateral de la emancipación de la mujer (Calvo Charro, 2015, p. 2).

El ser humano viene marcado por la necesidad de crecer, de desarrollarse y de hacerse adulto, separándose de los padres para ser autónomo e independiente. Sin embargo, antes de esta separación, el niño necesita saber de dónde viene, necesita proyectarse en el futuro, necesita la ayuda del padre y de la madre para aprender, necesita de ambos pilares. El niño precisa la figura paterna para proyectarse, para modelar, para seguir un modelo futuro, lo necesita para tener una referencia.

Esta ausencia paterna en el núcleo familiar cada vez es más frecuente en la sociedad de consumo en la que vivimos. Si bien, esta ausencia no vendría determinada exclusivamente por el número de divorcios, separaciones o fallecimientos de la figura paterna, sino que a veces aunque la figura paterna está físicamente en el hogar, algunas de sus funciones estarán ausentes. Las consecuencias de la ausencia paterna en los hijos son trascendentales, siendo la huella paterna irremplazable para su desarrollo.

Como recoge Calvo (2015), entre los niños que han crecido con un padre y los niños que han crecido sin un padre, existen grandes diferencias cualitativas. Los niños que han crecido con un padre tienen mayores coeficientes intelectuales, mayor capacidad cognitiva y lingüística, menores comportamientos conflictivos durante la adolescencia, mayor autocontrol, obtienen mejores calificaciones, desarrollan más la empatía y los sentimientos de compasión hacia los demás, y además, cuando se casan tienen matrimonios más estables (Calvo, 2015, p. 5).

Si contextualizamos la ausencia del padre en núcleos familiares donde se ha producido una gestación adolescente, artículos científicos recientes, subrayan cómo la percepción de la gestante sobre cómo actúa su padre con ella se asocia a determinados comportamientos sexuales de riesgo (Alleyne-Green, Grinnell-Davis, Clark, Quinn, & Cryer-Coupet, 2016). Existen además, marcadores fundamentales en la trayectoria de vida de una gestante adolescente, entre los que podemos citar: la ausencia paterna, la falta de apoyo familiar o el abandono. “*A mayor participación del padre biológico en la*

vida de una mujer, más probabilidades tiene de participar en comportamientos sexuales positivos” (Valero, Nebot y Villalbí, 1994).

Aún no se conoce con exactitud y certeza por qué la ausencia paterna puede constituir un factor transcendental en esta temática. En concreto, la ausencia del padre es conceptualizada como uno de los muchos factores de estrés que covarían con otros a nivel familiar y que son asociados al embarazo adolescente. Factores como el abandono paterno se asocian a otros como la pobreza o las relaciones familiares conflictivas (Lang, Rieckmann, DiClemente, Crosby, Brown y Donenberg, 2012).

Sufrir una pérdida o experimentar un trauma, son sucesos que en ocasiones, vienen acompañados de un mecanismo automático que nos dota de tiempo y nos posibilita poder asumir una pérdida. Asimismo, un duelo no concluido puede afectar notablemente a quien lo sufre. Simultáneamente, el aislamiento producido por la ausencia de alguna figura de apego, podría generar melancolía e incluso depresión en la persona (Palacín, 2015). Muchas gestantes pertenecen a familias que han tenido que asumir algún tipo de pérdida.

Algunas gestantes adolescentes se sienten abandonadas por la figura paterna o materna. Este abandono no tiene por qué ser físico, puede ser emocional. En un estudio realizado en diciembre de 2012 en Madrid y dirigido a padres adolescentes, se comprobó que la mayoría de la muestra definía la inexistencia de un padre ideal en su propia experiencia personal. Las conclusiones de este estudio revelaron la necesidad de que estas gestantes pudieran disponer de mayor apoyo e información en su propio entorno familiar (Sánchez Basilio, 2015).

El impacto de la ausencia del padre se considera condicionante de la actividad sexual temprana y del embarazo en la adolescencia. Si bien, en este sentido, y referenciando a Lang et al. (2003), la ausencia del padre condicionaría no sólo la actividad sexual temprana y el embarazo en la adolescencia, sino también, los problemas vinculados a la salud mental.

Investigaciones como las de Ávila, Cid, García, Lorenzo & Rodríguez (2002) sostienen que existiría una correlación entre el desarrollo psicológico del individuo y la disfuncionalidad familiar, así como entre el desarrollo psicológico y la ausencia paterna. El criterio de Ávila et al. (2002) coincide en parte con el de Osofsky, que plantea que un gran número de adolescentes embarazadas proviene de familias con baja comunicación

entre sus miembros y con un escaso o nulo apoyo. Otros investigadores coinciden en corroborar cómo la actividad sexual se despierta por causas no sexuales, y en muchos casos la precocidad, es una forma de evadirse de una realidad que incluye fracasos escolares o incluso, una baja autoestima.

El conflicto entre adolescentes y progenitores es prácticamente inevitable, e incluso en ocasiones necesario, porque formará parte de la evolución del propio adolescente y de cómo resolverá situaciones adversas. Este tema ha sido abordado por diferentes autores como Fajardo, Ruiz, Ventura y Vicente (2003) y por algunos trabajos de investigación focalizados en gestantes adolescentes, como los de Chouhy (2013). Este último, sugiere que la función paterna tendría un rol crítico en el modo en que los hijos controlan los impulsos en general, y el impulso agresivo en particular (Billler & Trotter, 1994; Haapasalo & Tremblay, 1994; Patterson & DeBaryshe 1989; citados por Chouhy, 2013).

En el lado opuesto a estas afirmaciones, en las que la ausencia del padre es común a algunas historias de vida de estas adolescentes, Urreta (2008), en una búsqueda por hallar relaciones entre la ausencia paterna y embarazo adolescente, comprobó cómo en las familias aparentemente “sanas”, también se presentarían casos de embarazos adolescentes.

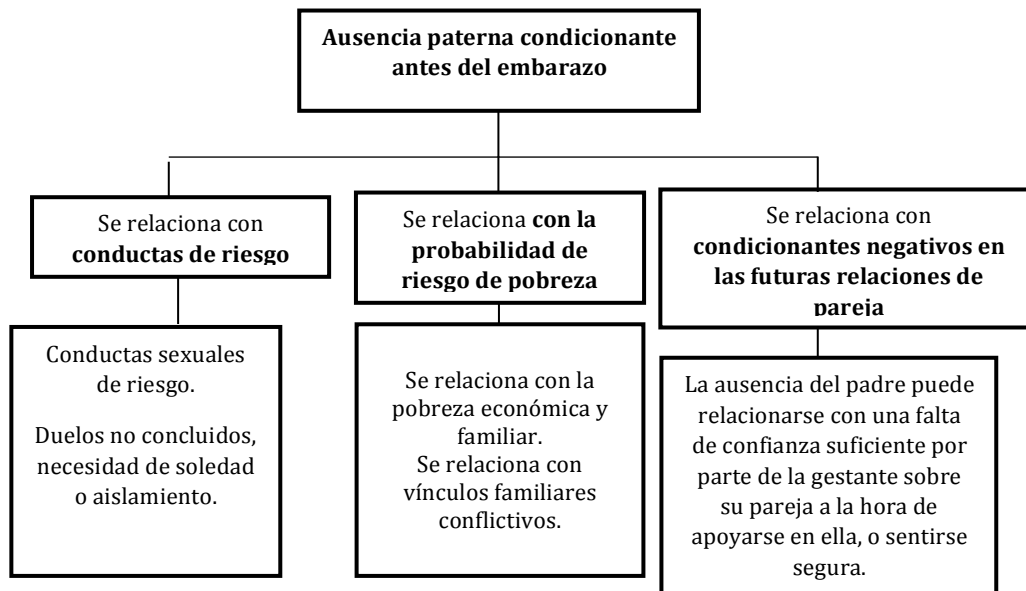
Las representaciones mentales que las gestantes tienen de sus progenitores varones cobran relevancia en esta línea de investigación, pues condicionan también la representación mental que van a tener estas adolescentes sobre los hombres en general, por ejemplo, de que éstos sean o no “buenos inversores sociales” (Mensch y Kandel, 1992). Una representación mental sobre ellos puede caracterizarse, en el peor de los casos, por no inspirarles la confianza suficiente como para no poder apoyarse, ni sentirse seguras con ellos.

La figura paterna en el seno familiar, tal y como se ha descrito, puede ser condicionante de la actividad sexual temprana y del embarazo adolescente, si bien, no debemos obviar que no tiene por qué ser determinante para el desarrollo de una gestación.

Todo el contexto social que rodea a la gestante: padres, abuelos, tíos, profesores, amigos, equipos psicopedagógicos... todos deberían orientar y guiar a la adolescente de forma oportuna, para que pueda alcanzar el éxito personal. Sin embargo, este éxito

social se puede tornar difícil de alcanzar, ya que, tal y como hemos referenciado, la ausencia paterna suele ser común en algunos casos y se relaciona con conductas de riesgo, así como con repercusiones negativas en diferentes contextos (ver Figura 5.2).

Figura 5.2. Ausencia paterna: factores que pueden interactuar en el núcleo familiar.



Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones realizadas en esta temática.

5.3 Presencia de deseos

El interés actual que despierta el embarazo adolescente, en gran parte radica en la existencia de multitud de factores que pueden considerarse condicionantes (no únicos) de la falta de eficacia a la hora de prevenir un embarazo precoz.

Aunque no constituyan un marco rígido de interpretación de información, investigaciones recientes ponen de manifiesto que la presencia de deseos vinculados a la maternidad, puede anteceder a un embarazo prematuro.

Diana Dadoorian (2003) citada por Abaúnza (2012) sostuvo que, a pesar de todos los obstáculos que tienen que superar las adolescentes con un embarazo, podemos identificar embarazadas que se sienten felices con la perspectiva de ser madres, independientemente de que sus embarazos no hayan sido planificados. Puede entonces ocurrir, que la gestante desee ser madre pues, *“será a través de su deseo de ser madre como se convertirá en mujer” y así alcanzará su identidad femenina* (Abaúnza, 2012, p.187).

Factores como la presencia de deseos vinculados a la gestación, son explorados como factores potenciales de embarazo por algunos autores (Hurtado, Avendaño y Moreno, 2014). Es conveniente conocer psicológicamente a la adolescente y partir de su infancia para poder entender su actualidad. Puede ser interesante aclarar cómo fue el matrimonio de sus padres, cómo lo percibió ella, cómo fue tratada, si a menudo exhibían muestras de afecto, o si era tratada con indiferencia.

La maternidad como imposición de los deseos del otro, según Pacheco-Sánchez (2016), constituiría otra categoría relevante entre los “motivos porque”, que darían respuesta a un embarazo prematuro. Este autor afirma que la gestación sería una respuesta o manifestación de las relaciones de poder desiguales que se producen entre las adolescentes y sus parejas cuando esperan un bebé.

Es una realidad el hecho de que muchos embarazos adolescentes son deseados. Así, la investigación de Sipsma, Ickovics, Lewis, Ethier y Kershaw (2011) ha sugerido la importancia del papel del deseo de embarazo en la explicación del mismo. El análisis de Sipsma et al. (2008) refuerza la importancia de evaluar el deseo de embarazo específicamente entre las adolescentes sexualmente activas.

Las gestantes pueden manifestar un deseo de no abortar y por ende, de aceptar la maternidad como destino o como deseo. El embarazo puede ser entonces, una respuesta al control que el entorno a menudo ejerce sobre ella. *“El campo social se convierte en un dispositivo de control que reconfigura el “motivo porque” y el “motivo para” de su curso de vida. Un ejemplo claro es el sentido común sobre el aborto que no permite a las adolescentes, aun en contra de sus deseos y decisiones, interrumpir el embarazo, y las obliga a la maternidad como destino”* (Pacheco-Sánchez, 2016).

Por otra parte, tampoco se puede obviar el hecho de que la maternidad constituye para muchas gestantes un comienzo de un nuevo proyecto de vida (Abaúnza, 2012) así: *“se es mujer porque se es madre y se es madre porque se es mujer”* (Marcús, 2006, p.188; citada por Abaúnza, 2012).

La transición a la adolescencia produce resistencia para algunas personas (Hurtado et al., 2014), pues puede ser que el adolescente no desee asumir que tiene que poner fin a esta etapa infantil. En esos momentos, el apoyo que reciba de las figuras parentales será esencial para su transición. Si bien, en ocasiones, ocurre que la adolescente experimenta cierta decepción, cuando comienza una relación de pareja y

ésta no es capaz de igualar el amor que recibió de sus padres en la infancia. De ahí, que se produzca un deseo de fuga con respecto a la pareja y le siga posteriormente, un deseo de regreso a la familia de origen (Hurtado et al., 2014).

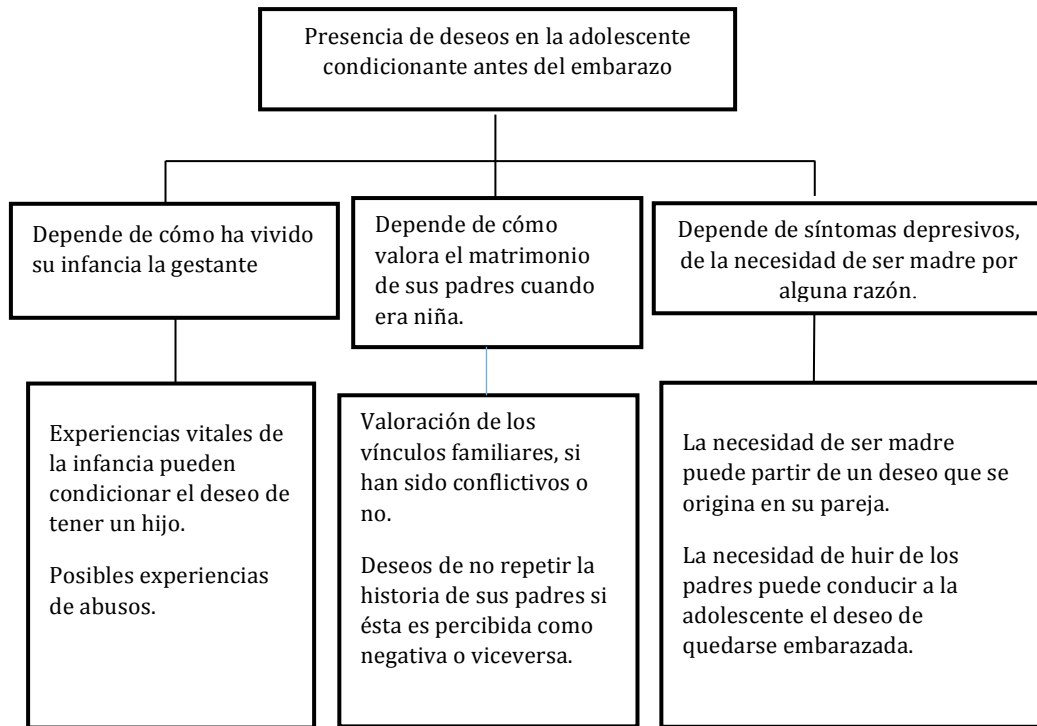
El deseo de un embarazo puede tener su génesis en la necesidad de la mujer de encontrarse a sí misma, de encontrar su identidad, pues muchas de ellas no quieren dejar atrás su infancia. En esta línea, las adolescentes entrevistadas por Hurtado et al. (2014), mostraron cómo la fuga era una forma de tramitación de la autoridad parental “*con el embarazo, la adolescente podría dar respuesta urgente a su identidad...*” que resulta fallida, pues al deseo de libertad le sigue de nuevo el sometimiento al deseo materno.

Este deseo de quedarse embarazada puede que esté impregnado incluso de síntomas depresivos, por lo que hemos de conocer bien a la adolescente para conocer el origen de ese deseo. Debe ser prioritario asesorar a los adolescentes sobre el inicio de la anticoncepción y los médicos deben ser conscientes de que los síntomas leves de depresión pueden contribuir a la ambivalencia acerca del embarazo (Francis, Malbon, Braun-Courville, Lourdes, & Santelli, 2015).

El deseo de un embarazo es diferente al deseo de tener un hijo, pues son dos opciones distintas que pueden darse de forma simultánea o independiente, pero no conviene identificarlas (Hurtado et al., 2014). Habrá gestantes que deseen experimentar la sensación de tener un niño dentro de ellas, pero no desean que ese niño salga de su propio interior. Abaúnza (2012) apunta que además, el imaginario social de la maternidad tiene gran “*poder reductor*”, es decir, puede suceder que todos los deseos de la mujer sean, llegado el embarazo, sustituidos por uno: “*el de ser madre o tener un hijo*” y este deseo será el elemento uniformador (Tubert, 1993 citado por Abúnza, 2012).

En Figura 5.3 podemos identificar algunos de los factores relacionados con la presencia de deseos en las adolescentes que afrontan un embarazo. Pues, para conocer más a una persona siempre hemos de comenzar por profundizar en la expresión de sus deseos.

Figura 5.3 Presencia de deseos: factores que pueden interactuar en el embarazo.



Fuente: Elaboración propia a partir de las aportaciones realizadas en esta temática.

Además de este deseo de tener un niño, no debemos obviar que antes que gestantes son adolescentes y pueden a mediar también otros deseos más comunes fruto de su adolescencia. En este sentido, tal y como sugiere Martínez Criado en Perinat et al. (2003) es normal que exista en ella un deseo de conocer a más personas o de ampliar su grupo de amigos.

Sin embargo, estos deseos pueden no ser compatibles con otras presiones externas. En el caso de estas gestantes puede ser que este deseo de salir y explorar no sea compatible con las exigencias paternas, llegando a tener que limitar la realización de algunos deseos.

Nuestro propósito en el próximo capítulo será poder reproducir fielmente a partir de literatura relacionada con este tema, cómo las gestantes quedan expuestas a continuos cambios, preocupaciones y riesgos (vulnerabilidad), que van a coexistir con las motivaciones, oportunidades e ilusiones propias de este período de gestación (fortalezas). Gestantes que, a pesar de experimentar el embarazo y sus transformaciones,

tienen que asumir de manera prácticamente connatural, los cambios propios de la etapa adolescente.

“No se trata tanto de soportar un embarazo cuanto de dirigirlo. (...). Toda una nueva mentalidad ilumina nuestra maternidad con una proyección diferente” (Dana y Marion, 1993, p.21).

Capítulo 6

“Permítanos hablar, aunque mostremos todos nuestros defectos y debilidades: porque ser consciente de ello y no esconderlo es una señal de fortaleza”.

— Herman Melville

CAPÍTULO 6: RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN LA GESTACIÓN ADOLESCENTE

“Las gestantes necesitan ser escuchadas en su particularidad subjetiva, escucharse a sí mismas en lo que desean y no, en lo que dicen que quieren o deben; cuestiones que a menudo, no van a coincidir” (Kait, 2007).

En la adolescencia, el ser humano iniciará un proceso de identificaciones, de búsqueda de modelos de referencia; un proceso que vendrá acompañado de oportunidades para conocerse uno mismo y poder forjar una sana identidad (Magro, 2005). En el caso de las gestantes adolescentes, a este proceso de identificaciones, se sumarán también, los cambios físicos y psicológicos característicos de un embarazo.

Durante esta gestación, además de estos cambios físicos y psicológicos que acontecerán, posiblemente la adolescente comenzará a notar numerosas presiones del contexto social del que forma parte (Dallas et al., 2000; Aguiar, 2009; Spicer, Werner, Zhao, Choi, Lopez-Pintado, Feng y Monk, 2013; Zaker y Radzi, 2016), muchas de ellas fruto del embarazo y otras, fruto de la etapa adolescente en la que encuentra. En este sentido, la adolescente tendrá que esforzarse por afrontar y adaptarse a esas exigencias externas sociales y también a las presiones internas. Ante estas presiones, si la gestante percibe que no está en disposición de poder afrontarlas, podrán conducirla a una inevitable “*vulnerabilidad*” (Woodward et al., 2001; Noirhomme-Renard, Aujoulat, & Gosset, 2013).

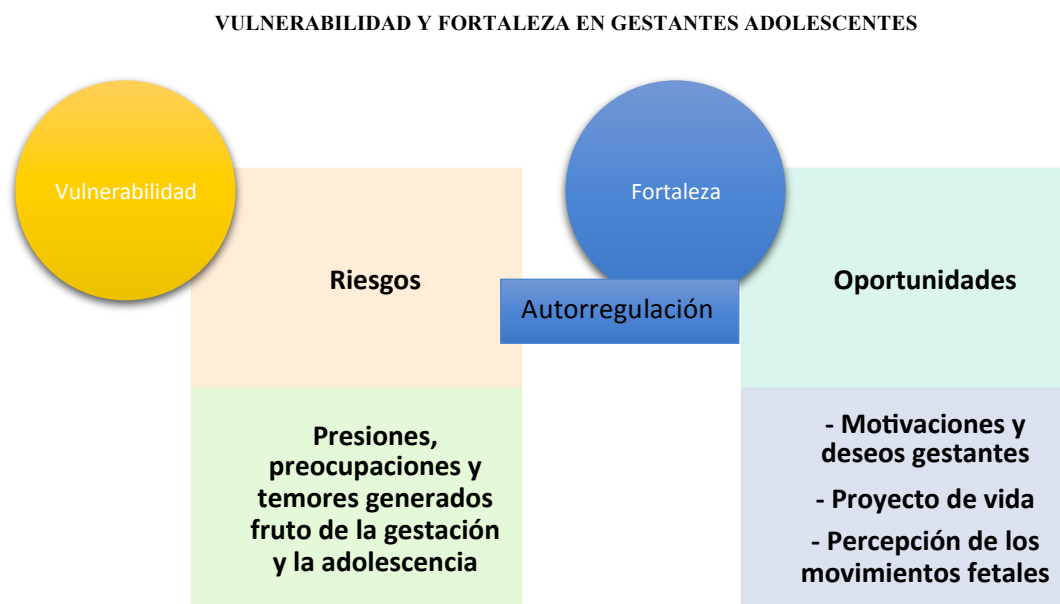
Esta tendencia al incremento de presiones externas ha dado -y está dando lugar- en la actualidad, a la proliferación de heterogéneos artículos que revelan cómo estas exigencias suelen venir acompañadas de un incremento en el nivel de ansiedad y depresión en los adolescentes. A modo de ejemplo, el nivel de estrés al que estaban

sometidas doscientas embarazadas adolescentes que fueron participantes en un estudio dirigido por Spicer, Werner, Zhao, Choi, Lopez-Pintado, Feng y Monk (2013) reveló la imperiosa necesidad de que se promovieran intervenciones específicas para reducir esa sensación e incremento de exigencias.

Dada esta realidad tan “*exigente*” que se nos presenta desde su entorno social, se torna imprescindible ahondar en la comprobación del grado de capacidad de autorregulación que poseen las futuras madres, pues esta autorregulación incidirá en su percepción para poder afrontar situaciones adversas y otros problemas de desadaptación (De la Fuente, Peralta y Sánchez, 2009). Weeda y Nicholson (2014) a partir de diversas observaciones realizadas en este tema, describieron cómo los sentimientos de vulnerabilidad con frecuencia eran los causantes de la propia vulnerabilidad.

Desde un prisma optimista, además de estar expuesta a cierta vulnerabilidad, la gestante puede también disfrutar de las oportunidades que les brindarán tanto la motivación de tener un hijo, como el propio deseo de ser madre, o el iniciar un nuevo proyecto de vida. Estas oportunidades constituirán su propia fortaleza.

Figura 6.1 Síntesis de los principales factores de vulnerabilidad y fortaleza presentes en la gestación adolescente.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información aportada en el Capítulo 6.

Ante esta situación de posible vulnerabilidad ya anticipada, es lógico cuestionarnos qué estrategias se están poniendo en marcha en la actualidad para

contrarrestar dicha vulnerabilidad. Willie et al. (2016) citan varios ejemplos de estrategias que se están promoviendo: “*intervenciones socio-emocionales de aprendizaje (SEL), incluyendo la programación basada en la conciencia, y el desarrollo de habilidades tales como: la gestión de la emoción, la compasión y la atención sin prejuicios*”. A pesar de estas estrategias, desde un punto de vista psicológico, y partiendo de que la identidad va a seguir su proceso de consolidación, las futuras madres continuarán siendo sensibles a exigencias propias de la edad.

En el próximo apartado se hará especial hincapié en la diversidad de preocupaciones, temores y dificultades que confluirán y que conformarán finalmente su propia vulnerabilidad durante el embarazo.

6.1. Vulnerabilidad gestante: preocupaciones y dificultades.

La ciencia psicológica desde 1920 hasta la actualidad, ha continuado afianzándose gracias a un continuo desarrollo de ésta como ciencia, al mismo tiempo que se han publicado artículos que han generado gran discusión y controversia como, por ejemplo, el debate entre “*natura-nurtura*”. En la actualidad, consideramos que el comportamiento humano surge de la interacción entre ambos, “*los genes*” y “*la experiencia*” (Myers, 2011). Es indiscutible el hecho de que la psicología y todas sus vertientes están avanzando a pasos agigantados.

Una de las principales preocupaciones en esta temática psicosocial, subyace del cuestionamiento sobre qué es y qué implica el término: *vulnerabilidad*. La vulnerabilidad tal y como la describe la RALE, hace referencia a la cualidad de lo vulnerable, la posibilidad de ser herido o de recibir lesión física o moral. Además, se refiere a ella en términos de: “*débil, endeble, delicado, frágil, inerme, indefenso, desvalido*”. A nivel social, la definiremos como: “*determinado grado de susceptibilidad de recibir daños, inseguridad, debilidad, o desventaja frente a un peligro que representará un riesgo mayor o menor*”.

Bruffel (2015) cita a McDermott y Graham, (2005), y afirma que, durante años se han ido intensificando los efectos negativos asociados a estas gestaciones tempranas, mientras que, por el contrario, se han ignorado sus efectos positivos. Por consiguiente, el balance general de numerosos autores ha sido más bien negativo, de ahí que abogemos y optemos razonablemente por intensificar los estudios que se centren en sus efectos más positivos. De hecho, en la actualidad predominan aquellos que focalizan

su interés especialmente en los riesgos y en las repercusiones negativas que un embarazo implica.

Esta áurea que se perfila ávida de riesgo y de efectos negativos, nos conduce inexorablemente a delimitar qué es el “*riesgo*” en sí mismo. El riesgo comprende un doble significado, por un lado, la probabilidad de que se produzca un resultado adverso; y por otro, el riesgo como factor que aumenta dicha probabilidad (Buxarrais et al., 2012). El riesgo de vulnerabilidad aparece incluso antes de la gestación, ya que como comprobó Hernández (2015), las condiciones de vulnerabilidad son preexistentes a un embarazo, es decir, con frecuencia se presentan con anterioridad al mismo y en tres ámbitos de socialización relevantes: familia, escuela y trabajo.

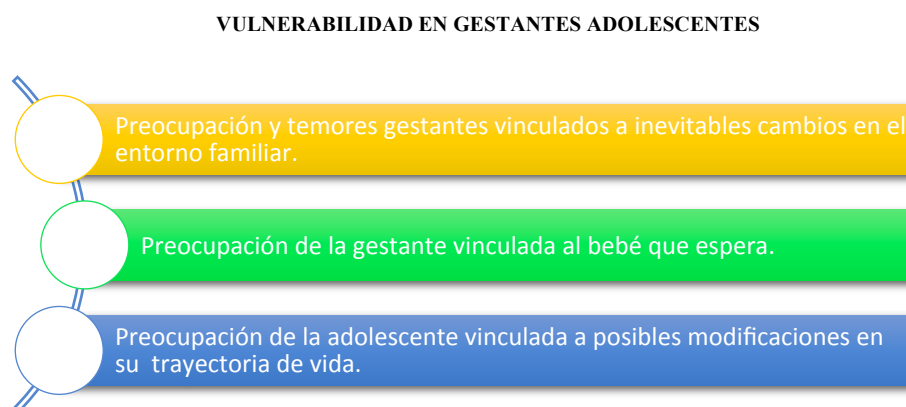
Los estereotipos y prejuicios siempre han estado presentes en esta temática. Investigaciones cualitativas y cuantitativas revelan que muchas adolescentes embarazadas y madres adolescentes se sienten estereotipadas y estigmatizadas (Weeda y Nicholson, 2014). En este sentido, Bruffel (2015) exploró cómo la maternidad adolescente solía asociarse a la clase obrera.

Estereotipos negativos que acontecen en el contexto social de la gestante, constituyen por tanto, un tipo más de amenaza a la vulnerabilidad de la misma. Las adolescentes gestantes o con hijos reconocen tener que responder y afrontar frecuentes desafíos relacionados con actitudes desfavorables de los demás (Weed y Nicholson, 2014). Estos autores afirman que, el componente cognitivo se manifestaría como estereotipo alrededor de las personas que pertenecen a un grupo específico, por ejemplo, “*la creencia de que las adolescentes embarazadas o con hijos son irresponsables*”.

El estudio de la vulnerabilidad gestante no puede acometerse desde una única óptica, pues la vulnerabilidad no sólo es relativa al contexto social del que emergen prejuicios frecuentes, sino también está vinculada a la propia gestante, al entorno familiar y a los miedos o preocupaciones que emanan de ambos.

A continuación, serán identificados determinados miedos y preocupaciones que pueden estar presentes en la gestación adolescente y que serán detallados en posteriores apartados del capítulo (ver Figura 6.2).

Figura 6.2 Síntesis de las preocupaciones presentes en gestantes adolescentes vinculadas a su vulnerabilidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de los autores citados en el capítulo 6.

6.1.1. Preocupación por el entorno familiar más próximo: dinámica familiar afectada.

En occidente, a partir del siglo XVIII y gracias a la Revolución Industrial, se sucedieron cambios significativos en las funciones, tipos y modelos de familia, y en las últimas décadas, se intensificaron aún más y a un ritmo vertiginoso (Fernández, 2013). Sin embargo, en el seno del núcleo familiar, cuando tienen lugar modificaciones que afectan a su dinámica, independientemente de esta evolución y progreso acaecido, la familia sigue necesitando restablecer su equilibrio.

La gestante adolescente ante la pronta, inesperada y posiblemente no planificada gestación, va a tener que apoyarse en la familia para que ésta le proporcione ayuda, no sólo en la crianza del bebé, sino también para afrontar los gastos económicos que un bebé puede suponer. Todo ello, puede generar cierta inquietud y preocupación en la gestante, ya que podrá notar cómo la dinámica familiar se va viendo afectada por su embarazo.

Buena parte de las adolescentes hallarán en sus familias una fuente de apoyo, si bien, otras, percibirán a sus familias como fuentes potenciales de conflicto, especialmente, si ya lo eran con anterioridad al embarazo. Cutuli (2015) presentó los cuatro grandes agentes afectados de la gestación adolescente: el bebé, la propia adolescente, la pareja y la madre. No obstante, más que verse implicados estos cuatro agentes por separado, podríamos referirnos a ellos como “*núcleo familiar afectado*”.

La adolescente gestante necesita alcanzar una identidad que le posibilite una comprensión psicológica suficiente sobre el riesgo que supone ser madre (Brubaker y Wright, 2006). Por esta razón resulta indispensable la colaboración de la familia. Sin embargo, no siempre la familia es responsable de promover esa comprensión sobre los riesgos que implica. La familia puede estar más centrada en incrementar sus responsabilidades y en ejercer el control sobre sus miembros, que en mantener el nivel de cohesión y afecto entre ellos (Musitu y García, 2016).

Al mismo tiempo, respecto a estos comportamientos de riesgo, Willie, Powell y Kershaw (2016), a partir de otra investigación en esta dirección, concluyeron que el comportamiento de ésta con anterioridad al embarazo podía determinar parte de los comportamientos de riesgo durante el mismo e incluso con posterioridad a éste.

La familia, precisamente en la adolescencia, debe ser soporte seguro de todo adolescente. Especialmente, debe ser soporte en lo que respecta a favorecer y sostener relaciones afectivas satisfactorias entre sus miembros (Chen et al., 1998; Camerena, Minor, Melmer y Ferrie, 1998; Krishnakumar & Black, 2003; Brubaker & Wright, 2006). Bell et al. (1983) a partir de su investigación, en la que participaron jóvenes madres, describieron cómo muchas de ellas no podían cuidar adecuadamente de sí mismas ni tampoco de sus hijos. Esta situación evidenciaba no sólo cierta inseguridad por parte de las gestantes, sino también la presencia de un entorno familiar donde no se habían establecido unas relaciones afectivas del todo satisfactorias.

Desde una perspectiva financiera familiar, como subraya Climent (2015), la maternidad adolescente también genera tensión económica a las familias, pues éstas han de destinar recursos para el nuevo miembro. Además, está comprobado según Savio, Beers y Hollo (2009), que esa maternidad adolescente disminuye la calidad de educación que proporcionan los futuros abuelos hacia sus otros hijos, ya que proveerán bastantes recursos a la educación del bebé. Esta realidad puede modificar positivamente las expectativas de los abuelos en torno al nacimiento del nuevo ser e incrementar su aceptación hacia la maternidad de sus hijos (Savio Beers & Hollo, 2009). Si bien, toda esta situación puede generar preocupación en la gestante, pues percibirá esta tensión familiar, así como las consecuencias de la misma.

La familia experimentará un inesperado y precoz crecimiento con la llegada del bebé (Trinidad-Noguera, de Oca, Carrasco-Ponce, & Sánchez-Valdivieso, 2015). Este

crecimiento no tiene por qué ser siempre óptimo para la familia, viéndose así misma posiblemente vulnerada en valores y normas, las cuáles suelen proveerla de un sentido de pertenencia. Pueden asimismo, producirse tensiones que afectarán a la cohesión comportamental, resultando entonces imprescindible, iniciar procesos de gestión y ajuste en la *“trayectoria familiar de valores”* (Black, Fleming y Rome, 2012).

En algunos casos, las gestantes permanecerán en el núcleo familiar y bajo la responsabilidad de su familia o tutores legales, sin embargo, otras se verán obligadas a cambiar de domicilio durante su embarazo (Kait, 2007; Aracena, Krause, Pérez, Bedregal, Undurraga, & Alamo 2012). En su investigación, Aracena et al. (2012) identificaron cómo la pérdida muestral en gestantes adolescentes obedecía a un cambio de domicilio, esta situación de cambio ante el inminente embarazo, alteraba la ya de por sí difícil gestación. Respecto a este cambio de domicilio, autores como Cochran, Ginzler y Cauce (2002), Thompson, Zittel-Palamara, y Maccio (2004) y Dworsky & Meehan (2012) expusieron cómo algunas mujeres jóvenes abandonaban o eran expulsadas de su hogar después de un embarazo, generándose así una situación familiar disfuncional.

A continuación, en Figura 6,3 aparecen sintetizados algunos factores que reflejan cómo la dinámica familiar se ha visto de algún modo afectada con la gestación.

Figura 6.3 Síntesis de las preocupaciones presentes en gestantes adolescentes



Fuente: Elaboración propia a partir de la aportación de autores reflejados en este capítulo.

Ante estos cambios familiares, las gestantes pueden precisar encontrar estabilidad en aquellos contextos donde van a establecer también otros vínculos afectivos. Si optan

por afrontar el embarazo con sus familias, tratarán de buscar en ellas su empatía y comprensión. Especialmente, evitarán la inseguridad o el descontrol en sus relaciones (Richardson, et al, 1995; Wiemann, Rickert, Berenson y Volk, 2005; Atuyambe, Mirembe, Annika, Kirumira & Faxelid, 2009).

La preocupación que puede experimentar la embarazada ante los cambios que pueden producirse en el entorno familiar, vendrá determinada también, por las condiciones anteriores de la familia, las cuáles pueden generar estrés en la gestante (Sánchez Cabaco, 2005; Bjorn, Jesus, & Morales, 2013). Así, si las discusiones y los enfrentamientos eran la tónica habitual en la familia antes del embarazo, la gestante puede presentar estrés al anticipar las repercusiones que puede tener el comunicar su estado de gestación por primera vez a la familia. Este estrés puede verse reducido con la práctica de relajación, pues es una estrategia muy eficaz, tal y como defienden autores como Bjorn et al. (2013) o Merchán y Rodríguez (2015).

En este sentido y desde una perspectiva más optimista, la propia inestabilidad familiar podrá verse beneficiada a raíz de la gestación, por un fortalecimiento de los lazos afectivos familiares durante el embarazo, ya que, al ser tan inesperada, puede alentar a la familia a proporcionar más ayuda (Richardson, et al., 1995; Sherman y Greenfield, 2013). La familia entonces, en estos casos optará por prepararse para la llegada del bebé.

Tal y como hemos sintetizado, las múltiples consecuencias que el embarazo genera en la adolescente y en sus familias se traducen en vulnerabilidad; y gran parte de esta vulnerabilidad tiene un origen anterior al embarazo. Pese a la dificultad que entraña generalizar en este tema, hemos de reconocer que las adolescentes sin hogar van a presentar perfiles más adversos, unas características individuales de alto riesgo en la gestación, que además afectan a su salud y suelen generar desavenencias familiares. Estas adolescentes estarán menos conectadas a sus estudios, a sus padres y a la sociedad, tal y como lo demuestran algunas investigaciones recientes (Haley, Roy, Leclerc, Boudreau & Boivin, 2004; Thompson et al., 2008).

Por el contrario, en gestantes que presentan mayor estabilidad económica y familiar, la vulnerabilidad se presentará de forma diferente, y tal vez, menos intensa. Es posible que incluso esta vulnerabilidad, bien gestionada, pueda conducirla al éxito

personal. Es importante la significación que otorguen las gestantes a este proceso (Stern, 2004) y también el apoyo que reciban de su núcleo familiar más próximo.

Una recomendación inmediata apuntada por Stern (2004) y que puede actuar sobre esta vulnerabilidad con el fin de mejorarla, puede ser la de proporcionar ayudas a las familias para que fomenten el mantenimiento de la gestante o su continuidad académica en el colegio o instituto, así como también, estimular y apoyar actividades colectivas para jóvenes que han dejado de acudir a los centros educativos. Al mismo tiempo, sería interesante crear grupos de apoyo y subsidio a estas gestantes.

6.1.2 Vulnerabilidad gestante asociada a temores y preocupaciones en torno al parto y al bebé que espera

El miedo al parto es un miedo “normalizado” asociado a una percepción del acto de parir como un evento cargado de riesgos. ¿Tienen las mujeres por lo general miedo al parto? ¿Qué sentido tiene el miedo al parto en la sociedad de la información y del control experto de la salud? ¿Por qué se percibe el parto como un acto arriesgado? (I Font, 2015; p. 129).

El miedo ocasional a “*pasarlo mal en el parto*”, el “*miedo al momento de dar a luz*”, el “*miedo al dolor*”, o incluso el “*miedo a la muerte en el parto*”, son miedos ciertamente normales o esporádicos en cualquier tipo de gestación. Puede que las gestantes presenten incluso el papel de “*enfermas*”. La edad temprana gestacional es un factor que puede relacionarse, o en este caso, correlacionarse con la baja preparación al parto, tal y como indicaron Ontiveros-Pérez y López-España, (2010), pero esto no quiere decir que todas las adolescentes tengan que contrarrestar con la misma intensidad dichos miedos relacionados con el parto.

Este miedo al parto suele estar presente no sólo en las gestantes adolescentes, sino también en las gestantes adultas. Nos planteamos a continuación, en qué medida puede ser ese miedo al parto, o a otros acontecimientos de la gestación, miedos naturales y normales, así como también nos preguntamos si esos miedos pueden llegar a constituir una fuente de vulnerabilidad para la adolescente. Deutsch en Langer (1983) afirmaba que el parto era “*la reminiscencia más exacta que podemos extraer de nuestro propio trauma del nacimiento*”.

Durante el transcurso del embarazo, la gestante puede experimentar un miedo tan aceptado y extendido como es el “*miedo al parto*” por percibir una situación de peligro real para su bebé o para su propia vida. Éste es el caso de aquellas gestantes, que por su altura, constitución o edad, conciben el parto como una amenaza real (Murdock, 1998). Murdock (1998) aportó al respecto, que los bebés nacidos de madres adolescentes, también solían presentar mayor predisposición a retraso mental, daño cerebral y lesiones en el parto. Las adolescentes por su parte, también serían más propensas a padecer un parto prematuro o a sufrir un desprendimiento prematuro de la placenta.

Chen et al. (2008), Romero et al. (2011), Tsikouras, Dafopoulos, Trypsianis, Vrachnis, Bouchlariotou, Liatsikos y Teichmann (2012) son autores más recientes que se suman a los anteriores, evidenciando complicaciones que sí suelen aparecer durante estos embarazos tempranos: anemia, enfermedad hipertensiva, parto obstruido después de la ruptura prematura de las membranas y un aumento de la mortalidad neonatal. En esta línea, Meier, McFarlane (1994), y más recientemente Norris, Howell, Wydeven, Kunes y Connell (2009) y Lee, Ea, Mitchell Herzfeld, Lowenfels, Greene, Dorabawila y DuMont (2009) enfatizaron la importancia y el riesgo que conllevaba el parto en las jóvenes, así como indicaron posibles programas que podían reducir sus resultados adversos, específicamente, en adolescentes en situación de desventaja social.

Las adolescentes frente a otras gestantes adultas, pueden estar más expuestas a estos miedos o preocupaciones, dada la tendencia que predomina en estos casos de dar a luz bebés con bajo peso. Respecto a este tema, Wendland y Levandowski (2011), así como Romero et al. (2011) evidenciaron cómo se estaba produciendo una mayor incidencia de mortalidad infantil, así como mayores complicaciones en el parto de adolescentes, en comparación con el parto de mujeres adultas.

Todo este panorama gestante es susceptible de acompañarse de cierta vulnerabilidad asociada también a los problemas psicológicos que pueden aflorar en este proceso y ante la “*angustia*” que puede acompañarlos. Para Langer (1983), “*la angustia frente al parto tiene raíces mucho más inconscientes, pues renacen todos los temores irracionales*”. De esta forma, la mujer se siente ante el parto como si estuviese frente a un examen final. Estas alteraciones sufridas por la mujer sea adolescente o no, si son excesivas o de gran intensidad pueden además alterar al feto, por lo que indirectamente puede dañar y/o preocupar doblemente a la gestante (Newport, et al. 2002).

Aguirre de Cárcer (1989) impulsor de innovadoras técnicas en materia de embarazo, investigó algunos miedos que solían acontecer durante la gestación. Uno de los miedos más característicos que el autor identificaba en las gestantes, era el miedo a la muerte durante el parto, pues “*el carácter profundo y no racional que causa este temor en la gestante es manifiesto*”. Así, a pesar de los avances médicos y tecnológicos, aún muchas gestantes no han sido capaces de desterrar este tipo de miedo.

Ese miedo al parto como consecuencia de un riesgo real de ser gestante adolescente, unido a la vergüenza de exponer públicamente su embarazo, llegan a actuar como barrera frenando un afrontamiento eficaz de la gestación. Además, tal y como sostienen Álvarez et al. (2012), algunas reconocen haber previsto que el embarazo les supondría asimilar cambios físicos, sin tener en cuenta otros cambios, como los psicológicos. Todo este panorama de dificultades y nuevas alteraciones a experimentar, pueden además alterar al feto, por lo que indirectamente dañará y/o preocupará doblemente a ella y a su entorno más próximo (Newport et al., 2002).

Es preciso llegados a este punto, cuestionarnos en qué medida, estos miedos a determinados acontecimientos de la gestación, son miedos “*normales*” y “*habituales*” y cuándo pueden llegar a ser gravemente perjudiciales y dañinos para el feto. Es preciso entonces clarificar también a qué responden estos miedos. Las preocupaciones normales que pueden invadir a la adolescente han de comprenderse tomando en consideración tres etapas dentro del embarazo, durante las cuales, se van a ir produciendo cambios que van ir influyendo y afectando de forma diferencial. Estos cambios fueron descritos por Tippelt (1983), citado por Sánchez Cabaco (2005), quien describió de forma pormenorizada estas preocupaciones diferenciales en función de tres períodos que generarían un fuerte impacto emocional a la mujer.

El primero de los tres periodos da comienzo cuando la gestante sabe que está esperando un bebé. En este período va a tener lugar una desorganización en los trastornos del proceso de percepción y aceptación del embarazo. Esto ocurre dado que ella va a experimentar una incertidumbre, situación que se prolongará hasta que comunique a su pareja que está esperando un hijo. La reacción de la pareja será variable en función de si el hijo es deseado o no (Sánchez Cabaco, 2005). Si es deseado el hijo, el embarazo probablemente, generará estados de ánimo propensos al optimismo, sin embargo, si no es deseado, la sensación de bienestar podrá limitarse a sentimientos de inquietud o disgusto.

La mayor toma de conciencia del propio cuerpo surgirá a raíz del final del primer trimestre, alrededor del cuarto mes. A partir de ese momento, la gestante comenzará la segunda fase: *“percepción de movimientos fetales”*. La forma física y la de su hijo serán objeto de preocupación, también su bienestar, y emprenderá el desarrollo de conductas protectoras. Una de estas conductas puede ser la de evitar ambientes nocivos o la de mejorar hábitos alimentarios (Lafuente, 1995, citado en Sánchez Cabaco, 2005). En esta línea, Heavey (2010) apuntaba que las adolescentes debían reducir conductas que implicasen riesgos para su salud, tales como dejar de fumar o controlar el peso corporal (Swadi, 1999; Claes, Lacourse, Ercolani, Pierro, Leone & Presaghi, 2005).

Durante el tramo final del embarazo, la gestante sentirá que su futuro bebé es parte de su familia. Se trata de una etapa donde predominará cierta ambivalencia de sentimientos, ya que se generarán nuevas expectativas en torno a cómo será y cómo se comportará el bebé. Todo ello, podrá dar origen a la manifestación de conflictos en la gestante, y en ocasiones, se evidenciará incluso una gran dependencia y *“una necesidad del otro”*, especialmente, de un adulto responsable que colabore en este proceso (Álvarez et al., 2012; Smith, Gilmer, Salge, Dickerson y Wilson, 2013).

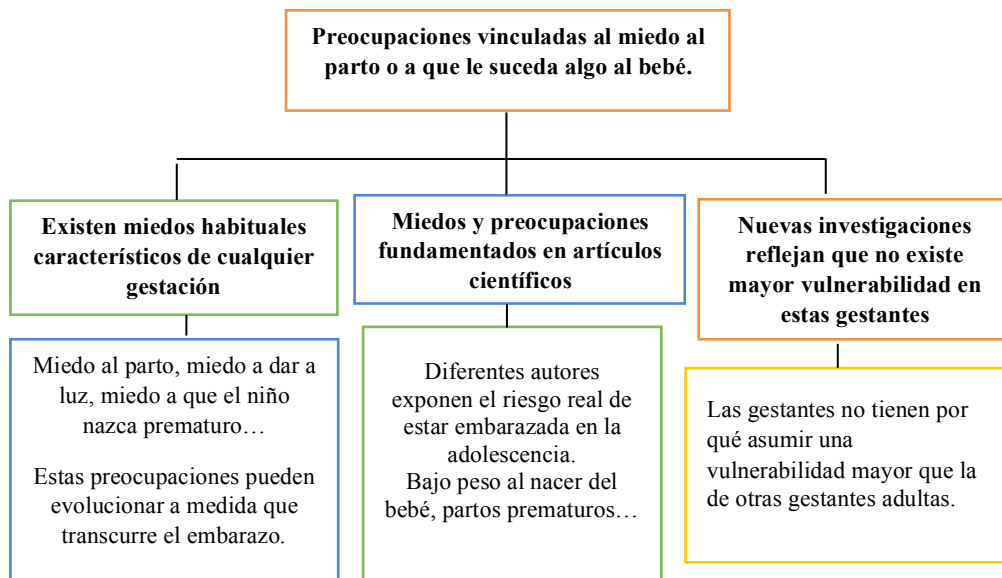
Simultáneamente, durante este embarazo y considerando los resultados de Heavey (2010), las adolescentes necesitarán adquirir un aprendizaje completo sobre los riesgos que implica para su salud, la práctica de ciertos hábitos o adicciones. Si aprenden y adoptan dichos hábitos se sentirán mejor con ellas mismas. De ese modo, se exhibe una conexión entre el sistema biológico y el psicológico en la gestante (Ingham, y Massey, 1999 citados por Chase et al. 2006; Wellings y Kane, 1999; Swann, Bowe, McCormick y Kosmin, 2003).

Nuestra sociedad acepta como prácticamente normales, la presencia de dificultades comunes a las gestantes durante el embarazo. Si bien, un número creciente de investigaciones comprobaron cómo parte de estas dificultades surgían como consecuencia de conflictos psicológicos subyacentes en las gestantes y, por eso su tratamiento podría acometerse y verse beneficiado principalmente, desde medios psicoterapéuticos. Sobre este tema predomina una gran controversia y polémica, podemos mencionar algunas observaciones realizadas desde un enfoque estrictamente psicoterapéutico, donde citamos a Flanders, Dunbar y Squier (citados en Langer, 1983). Pues tal y como defendía Langer: *“la mujer embarazada no sólo ha de ser atendida por*

un médico obstétrico, sino también, por un especialista en medicina psicosomática” (Langer, 1983, p.290).

Es fundamental atender a estos conflictos psicológicos, impregnados a menudo de cierto *“miedo irracional”*, pues éstos pueden predisponer a una reacción peligrosa de la gestante hacia el cuidado de su salud y con ello, indirectamente afectar a la protección y salud del bebé. Cabe añadir, que si la gestante no realiza las revisiones periódicas, o si no recibe una formación adecuada, le será más difícil afrontar el embarazo con normalidad, incluso podrá anticipar un parto prematuro. Un servicio especializado, equilibrado y personalizado destinado a las gestantes puede ser muy útil en el afrontamiento de estos riesgos (Thompson, et al, 2008), así como también, tal y como sostiene Fernández (2005) una prevención primaria desde el área sanitaria, psicológica y social (Nonacs y Cohen, 2002; Marks, Siddle y Warwick, 2003; citados por Fernández, 2005).

Figura 6.4 Síntesis de las preocupaciones vinculadas al miedo al parto o a que le suceda algo al bebé.



Fuente: Elaboración propia a partir de lo sintetizado en este Capítulo 6.

Algunos de los factores que hemos presentado en este apartado aparecen reflejados en Figura 6.4, estos factores condicionan de algún modo el embarazo adolescente. Hemos de acentuar que, mientras muchas de estas preocupaciones son ciertamente normales, otras pueden generar problemas psicológicos en la gestante.

Si se le dispensa el apoyo necesario, las medidas sanitarias y el asesoramiento adecuado, las preocupaciones sobre los peligros que puede correr el bebé de una adolescente, no tienen por qué venir acompañados de tales dificultades y consecuencias negativas. Así, Creatsas et al. (2006) exploraron básicamente esas preocupaciones durante el embarazo de un grupo de adolescentes, examinando grupos de primigestas bajo un estudio prospectivo. Las complicaciones del embarazo que se observaron en las adolescentes fueron muy similares o inferiores a las halladas en mujeres de edad superior, -siendo la tasa de cesáreas más baja en los embarazos adolescentes-. Llegamos a la conclusión, de que no toda gestación adolescente va a generar complicaciones permanentes e inevitables si ésta se acompaña de los apoyos y las medidas de atención pertinentes.

La vulnerabilidad debe dejar de ser un problema y debemos poder afrontarla poniendo en marcha estrategias de afrontamiento positivo dirigidas a las gestantes y a sus parejas. Ello podría ayudar a disminuir el impacto negativo de aquellos factores, que en muchos casos, tienen un origen anterior a la gestación (McCullough y Scherman, 1991). A modo de ejemplo, Willie, Powell y Kershaw (2016) expusieron cómo la violencia en la pareja antes del embarazo llegaba a afectar a la calidad de la relación que mantendrían ambos durante el mismo.

En años venideros proseguirán los embarazos y éstos posiblemente vendrán nuevamente acompañados de miedos y en definitiva, de vulnerabilidad; así las razones que perpetúan este problema suele ser una cuestión multifactorial basada en aspectos comportamentales, de tradición, sociales, culturales o religiosos (Álvarez et al., 2012; Mersky y Reynolds, 2007; Haldre, Rahu (2009).

No obstante, ante esta situación, y aunque el embarazo y el parto se acompañen de manifestaciones de malestar, angustia y dolor, en gran medida condicionados por factores físicos, psicogenéticos o sociales de la gestante, como indicaba Langer (1983), gracias a la educación, la escucha y la formación podremos reducir muchos de estos miedos y por ende, parte de esa vulnerabilidad tan asociada y admitida.

6.1.3. Vulnerabilidad asociada a nuevas metas, aspiraciones y proyecto de vida de la adolescente.

Los cambios metabólicos y hormonales, unidos a otros factores ambientales y culturales, van a ir dejando en la gestante una *“huella única y peculiar reflejada en su*

vida psíquica”. “Todas las funciones que suponen la maternidad se acompañan de reacciones emotivas que variarán individualmente” (Aguirre, 1989, p.80).

Para conocer la vulnerabilidad gestante, no sólo podemos focalizar nuestra atención en el bebé o en el entorno familiar de la gestante, hemos de advertir también, su repercusión en el desarrollo psicosocial de la embarazada. Para ello, es preciso considerar una serie de factores que influyen en ese desarrollo, factores que van desde la maduración emotiva, sexual y afectiva (Aguirre, 1989), hasta factores de tipo económico y social, sin obviar su salud física y su situación familiar (Black et al., 2012).

Todos los factores que influyen en la gestante impactarán de alguna manera en un determinado tipo de afrontamiento caracterizado por una percepción de incapacidad o capacidad para manejar las situaciones (Carmona-Monge, Marín-Morales, Peñacoba-Puente, Carretero-Abellán y Moreno-Moure, 2012). Este afrontamiento supondrá un efecto negativo o positivo en la condición psicológica de la gestante. En ocasiones, las creencias que poseen sobre el embarazo no están definidas desde el comienzo del mismo, pues ellas van descubriendo día a día lo que significa *maternidad* y lo que implica el sentimiento de competencia respecto a su nuevo rol (Álvarez, 2012).

En esta línea, Moyeda et al. (2006) expusieron cómo algunas madres después de seis años de haber experimentado la maternidad, aún no se habían adaptado completamente a su rol materno. Esto sucedía porque en algunos casos, estas madres habían delegado voluntariamente los cuidados del niño a un tercero, quien por lo general era la abuela (Black y Nitz, 1996; McKinley, Brown y Caldwell, 2012; Brandyn-Dior, Brown y Howard, 2012), perdiendo así el interés en el cuidado del bebé. Otras madres suelen centrar toda su atención en el bebé o en el entorno familiar, ignorando sus propias aspiraciones personales (Hernández-Valencia 2015).

Esa incapacidad para ser madre, ese deseo de delegar responsabilidades, o incluso esa incapacidad para afrontar situaciones relacionadas con el embarazo, ponen de relieve esta vulnerabilidad asociada al “*cambio de planes*” o al “*nuevo proyecto de vida*”. Es decir, la gestante puede percibir que con la llegada del bebé, no va a poder cumplir algunos de sus objetivos, planes o metas futuras, lo que incluso puede dificultar además, el poder hacer frente a responsabilidades vinculadas a la maternidad.

A nivel psicológico, la gestante puede plantearse por qué se ha quedado embarazada, quién es el responsable, si es ella o el padre del bebé (Armengol et al., 2007). Es posible, que a su vez cuestione todo lo que ha alcanzado hasta entonces y analice su propia historia de vida (Brazelton y Cramer, 1993 citado en Armengol et al., 2007). En esos momentos de dudas e incertidumbres, la gestante necesitará orientación, precisará saber cómo puede organizar su vida, compaginar los estudios, encontrar un empleo o incluso conocer sus preferencias y lo que desea hacer en un futuro próximo. Para tal efecto, necesitará a diferentes figuras de apoyo, pues no debemos olvidar, que es todavía adolescente.

En este sentido, los padres, los amigos y la escuela, serán los principales agentes protagonistas en esta etapa (Rodríguez y Mirón, 2012; Ferrer, Pérez y Montero, 2015). Estos familiares serán los que puedan orientar a la gestante en sus propios proyectos, ayudándole a decidir qué quiere hacer, cómo lo puede hacer y cómo conseguirlo. Para ello es vital, que el embarazo no sea concebido como una ruptura de su proyecto de vida.

Cabe argumentar, que las ideas previas o las valoraciones que desarrollan las embarazadas con la gestación, van a variar también en función del tipo de embarazo. Esta misma percepción e ideas previas suelen además, ser diferentes entre un embarazo planificado y un embarazo no planificado (Fernández, 2005). No obstante, estas valoraciones no sólo estarán en función del nivel de planificación, sino también dependerán del desarrollo de las funciones biológicas y psicológicas características de la gestante, las cuáles se activarán progresivamente durante el período prenatal mediante el contacto con el nuevo ser (Armengol, et al., 2007). Como apunta Sánchez Cabaco (2005), los cambios se producirán en función del avance gestacional, donde la imagen que elaborarán sobre sí mismas, tanto física como psicológica, también irá cambiando.

Hemos de advertir que, los problemas de salud mental serán bastante comunes en los futuros padres adolescentes. Estos problemas pueden tener un impacto significativo negativo en el embarazo, generando un desajuste psicológico y físico en la gestante, así como en el desarrollo del bebé que esperan (Climent, 2008). En estos casos, la intervención de la familia extensa o incluso de una asociación o centro asistencial, puede ser un “*salvavidas*” a la hora de estabilizar su situación (Savio et al., 2009). No olvidemos además, que las preocupaciones que pueden experimentar sobre sus propios cambios son múltiples y en muchos casos entendibles, dados los escasos apoyos

recibidos ya desde su infancia por personas de su entorno más próximo (Kait, 2007; Richardson, Barbour, Bubenzer, 1995; Sherman y Greenfield, 2013).

En este sentido, hemos de referenciar también la importancia que adquiere el grado de madurez que presenta la adolescente durante su gestación. En este sentido, la madurez implicará una mayor confianza en sí misma, así como una mayor seguridad para poder afrontar la sucesión de acontecimientos (Aguilar, 2009; Espinoza, 2011).

Esta madurez se basa en una serie de cualidades como es la independencia, que implica tener criterio para apreciar la realidad de las situaciones o la capacidad para tomar una decisión y la voluntad para llevarla a cabo. *“Cuando estas cualidades no existan, hemos de pensar que estamos ante una inmadurez psicológica”* (Aguirre de Cárcer, 1989, p.80). La madurez de las gestantes podría entonces facilitar la asunción de nuevas responsabilidades, sin tener que renunciar a proyectos vitales que antes tenían marcados, haciendo que la gestante se adapte mejor a los nuevos retos vitales.

El embarazo adolescente, por tanto, conlleva una gran carga y un esfuerzo emocional que vuelven más vulnerables a unas adolescentes que a otras. A causa de toda esta situación, las decisiones se verán afectadas y éstas determinarán su propio futuro y el de sus hijos (Flórez, Gallego, Low, Crespo, Ibáñez y Téllez, 2015).

Estas decisiones trascendentales como venimos argumentando, podrán generarles miedo al tener que verse obligadas a dejar atrás otros proyectos y otras personas. Este miedo a cierta pérdida social puede compaginarse con el auténtico miedo de la gestante *“que va, paradójicamente unido al hecho de dar la vida a un nuevo ser”, “porque la presencia del niño durante el embarazo se vivencia conformando una unidad con la madre”* (Aguirre, 1989, p.83).

6.1.4. Vulnerabilidad y riesgo: sintomatología de estrés, ansiedad o depresión gestacional

Todas las personas experimentarán ansiedad, estrés o depresión en algún momento o circunstancia de sus vidas. La severidad de la ansiedad y las situaciones que la desencadenan difieren, predominando cinco categorías principales: trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por fobias, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático (Gerrig y Zimbardo, 2005).

Tradicionalmente, las adolescentes embarazadas han sido consideradas un grupo de riesgo para los síntomas depresivos y de ansiedad, sin embargo, investigaciones recientes han indicado que estos riesgos dependerán en gran medida de diferentes factores, tales como las condiciones socioeconómicas o los contextos culturales en los que el embarazo se produzca (Pires, Araujo-Pedrosa y Canavarro, 2011).

Algunos especialistas en la temática adolescente describen también síntomas de depresión en adolescentes embarazadas, que son a menudo similares a los de los adultos en cuanto a su expresión sintomática. No obstante, existe una diferencia con respecto a los adultos, y es que en los adolescentes, los síntomas los sobrepasan en cuanto a destructividad (Buxarrais et al., 2012).

Según autores como Buxarrais et al. (2012), una predisposición genética, modificaciones en la estructura familiar, dificultades a nivel de relación familiar, la presión y el sobreesfuerzo, son factores que suelen generar situaciones de malestar y sufrimiento. Para Fernández (2013), no sólo la adolescente puede ser la máxima perjudicada, sino también la pareja, así los síntomas de la depresión pueden extenderse durante el parto o incluso con posterioridad a la maternidad o paternidad de ambos. Las parejas de las gestantes pueden experimentar cambios de humor, cambios emocionales e incluso pueden llegar a sufrir depresión (Fernández, 2013).

Cabe plantearse entonces, cómo puede manifestarse esa sintomatología depresiva y a lo que puede predisponer. En este sentido, cuando el adolescente presenta sintomatología depresiva se hace palpable una vulnerabilidad neurobiológica subyacente, que puede predisponerle a sufrir episodios crónicos y repetitivos (Rao, Hammen y Polonia, 2010). De ahí, que resulte muy oportuna una intervención a tiempo, así como un examen de sus potencialidades y debilidades.

El apoyo social, el disponer de figuras de apego, el relacionarse positivamente con las personas del entorno, son factores psicosociales susceptibles de analizarse cuando se manifiesta una depresión adolescente. Al respecto, Barnet, Joffe y Duggan, así como Birkeland, Thompson y Phares (2005), o Buman, Valenzuela et al. (2008), Sieguel y Brandon (2014), también descubrieron relaciones entre el apoyo social y los síntomas de depresión posparto, así como una fuerte asociación entre el apoyo social y los síntomas depresivos perinatales en adolescentes.

Una dificultad añadida al estudio de la depresión en gestantes, es que estas gestantes son excluidas de la muestra cuando se profundiza en el desarrollo gestacional, ya que tienen mayor probabilidad de ofrecer resultados adversos. Gran parte de los estudios sobre esta temática, o bien, excluyen a las mujeres con trastornos psiquiátricos, o bien, obtienen tasas muy bajas de participación en la muestra (Alder et al., 2007, Ross y McLean, 2006).

La depresión no suele presentarse de forma aislada, a menudo identificamos problemas en otras áreas de funcionamiento psicosocial que se suman a estos síntomas. En este sentido, se han hallado síntomas depresivos que están fuertemente asociados a una ruptura de la relación, a una menor confianza entre los futuros padres, a mayores niveles de conflicto familiar, a mayores niveles de alienación sexual y a relaciones sexuales sin protección (Steele et al., 2000, Connell y Goodman, 2002; Klomeck et al., 2007; Monroe et al., 1999; Starr y Dávila, 2008; citados en Gretchen, 2010).

Otros problemas psicosociales que se han asociado a estos síntomas depresivos en adolescentes son: las relaciones entre iguales, la ideación suicida, la ansiedad y el abuso de sustancias (Becker y Grilo, 2006; Measelle et al., 2006 citados por Ely, Flaherty y Cuddeback, 2010; Chabrol et al., 2007; Keenan-Miller, Hammen y Brennan, 2007; Young et al., 2005; Fernández, 2013). Además, la depresión tiene graves repercusiones en los individuos afectados, en sus familias y en la sociedad en general, llegando a relacionarse ésta con la ideación suicida. Ceballos, Suárez, Arenas y Salcedo (2013) evaluaron la relación que existía entre depresión e ideación suicida en embarazadas adolescentes colombianas y concluyeron con una relación significativa entre las variables estudiadas, confirmando los hallazgos de otros estudios exploratorios (Rosselló y Hernández, 2004).

Debido a la falta de información y por ende, a la necesidad de aumentar nuestro conocimiento relacionado con el funcionamiento de la salud mental de estas adolescentes, especialmente en lo que respecta a gestantes deprimidas, se ha desarrollado una escala multidimensional denominada “Adolescent Assessment Scale” (MAAS), subescala de depresión. Los casos estudiados bajo esta escala y en situación de riesgo reflejaron niveles más altos de problemas psicosociales adicionales (Gretchen, 2010).

En lo que a comunicación paterno-filial respecta, cabe añadir que un déficit en la comunicación entre padres e hijos suele asociarse también a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión (Estévez, Musitu y Herrera, 2005).

No sólo sintomatología depresiva puede aparecer en estas adolescentes, la ansiedad, o el miedo a lo desconocido, o a lo que no se ha experimentado nunca, se materializa también con la llegada de la maternidad y con el miedo a asumir el rol materno. Entre las preocupaciones más comunes podemos citar: las que giran en torno a si podrán ser buenas madres, si cambiará la relación de pareja, cómo se repartirán el cuidado del bebé, si podrán continuar con su horario de trabajo, si la pareja deberá renunciar a su vida social y si podrán mantener una gran familia (Murkoff, Eisenberg y Hathaway, 2003; Fernández, 2013).

En esta línea, también los sentimientos de rechazo, la exclusión o la amenaza a ser evaluada de forma negativa, a menudo son explorados, ya que desembocan en estados de ánimo negativos. Weed y Nicholson (2014) recientemente examinaron lo que ellos denominaron: “*el cerebro social*” durante la adolescencia, y ello les proporcionó orientaciones sobre las respuestas de los jóvenes a la evaluación social negativa del entorno. Estos estudios coincidieron con los de Sebastian, Viding, Williams y Blakemore (2010) y Somerville (2013) quienes sostuvieron que los resultados de esa evaluación negativa podían desencadenar un aumento de la respuesta de cortisol junto con un mayor retraso para lograr un equilibrio. Otras investigaciones vinculadas a estudios de neuroimagen han revelado que el dolor de la exclusión social se experimenta de manera similar al dolor físico, también revelaron cómo algunos adolescentes solían ser menos capaces de regular su angustia en comparación con otros adultos.

Como podemos comprobar, la depresión y la ansiedad están más vinculados a la adolescencia y a la gestación de lo que comúnmente se considera (Horwitz, Hill y King, 2011). Los resultados de Horwitz et al. (2011) sugirieron que los estilos de afrontamiento centrados en la emoción (por ejemplo, auto-culpa) y el afrontamiento evitativo (por ejemplo, desconexión conductual) se asociaban a la depresión y a la ideación suicida en estas gestantes adolescentes.

La necesidad de investigar en este campo es indiscutible, teniendo en cuenta el elevado número de adolescentes que experimentan un embarazo no planificado. La

presencia de problemas psicosociales sobre los que es posible actuar, evidencia una necesaria llamada a la investigación y a la justicia social, ya que a menudo esta población permanece ignorada (Gretchen, 2010).

La gestación anticipada y la complejidad de cambios a los que hay que hacer frente, pueden desembocar en consecuencias perjudiciales que no van a pasar inadvertidas para las gestantes, para sus hijos, ni para la sociedad en general.

6.1.4.1. Estrés gestacional

El estrés no sólo debe ser explorado por su repercusión en la gestante, sino por la repercusión notable que puede tener sobre el futuro hijo que espera. En este sentido, autores como Dunkel, Schetter y Lobel (2010) evidenciaron una significativa y negativa relación entre éste y el crecimiento fetal.

La transición a la paternidad para ambos miembros de la pareja puede suponer un tiempo marcado por la emoción y la anticipación, pero también puede ser un periodo de estrés elevado, tal y como sostienen Petch, Halford, Creedy & Gamble (2012), así como Williams & Rueda (2016) entre otros autores.

Impulsar intervenciones focalizadas en la eliminación de conductas de afrontamiento desadaptativas puede resultar beneficioso para evitar el estrés, al mismo tiempo, también puede ser útil el introducir o mejorar conductas de afrontamiento positivas o poner en práctica intervenciones que favorezcan un apoyo de calidad.

En esta línea, además de intervenciones eficaces, hemos de favorecer una comunicación abierta y fluida entre padres e hijos. La comunicación intrafamiliar, las habilidades y la competencia profesional serán de notable importancia (López-Navarrete et al., 2014, p.236).

Las embarazadas han de mantener una óptima calidad de vida durante su embarazo, sin embargo, a veces el estrés resulta inevitable, dado que muchas conviven en un ambiente familiar o de pareja desfavorable. Este es el caso de muchas adolescentes que sufren agresiones por parte de su pareja, en este sentido, ha quedado demostrada una relación entre el estrés y la exposición a la violencia en la pareja, que a su vez serán predictores de una deficiente calidad de vida para estas mujeres (Willie, Powell y Kershaw, 2016).

En ocasiones, el estrés prenatal parece ser inevitable, así como sus efectos sobre el desarrollo de la madre y del recién nacido (Dunkel, 2011). No se atribuye tanto la causa del estrés al contexto o al estatus social de las gestantes, sino más bien, y de forma más generalizada se señala directamente a la adaptación o desadaptación de la adolescente a su maternidad. En esta dirección, la desadaptación a la maternidad se relacionaría con problemas de autoestima, con estrés, con sentimientos de culpa y con pensamientos confusos (Gretchen, Flaherty y Cuddeback, 2010).

Como podemos apreciar, el estrés va estar presente en numerosas gestaciones, y especialmente, en aquellas gestantes que afrontan un embarazo no deseado. El estrés puede aparecer ante una evaluación muy negativa que la adolescente puede realizar ante tareas como proteger o proveer cuidados a su bebé.

Antes de concluir este apartado, se hará especial alusión a una conclusión, a la que llegaron Vázquez, Blanco, Torres, Otero y Hermida (2013), sin perjuicio de todo lo mencionado anteriormente, pues parece claro que, a pesar de que existan programas de prevención para la reducción de los síntomas de depresión y estrés, únicamente algunos han demostrado incidir significativamente sobre la depresión o el estrés.

Urge la necesidad de poner en marcha proyectos con un adecuado rigor metodológico que posibiliten poder prevenir eficazmente la depresión, el estrés y la ansiedad durante la gestación.

6.2. Fortaleza gestante: motivaciones, significación en el proyecto de vida, percepción de los movimientos fetales

La vulnerabilidad presente en la gestante, junto con su fortaleza, la cual es fundamentalmente opuesta a la primera, ponen de relieve la dualidad que predomina en toda adolescente. Esta fortaleza será abordada en este capítulo, donde se acometerá su investigación. A pesar de ser ésta, una temática escasamente atractiva para la literatura psicológica, podemos citar a autores interesados en ella, como: Buchholz y Gol (1986), Lesser, Anderson y Koniak-Griffin (1998), Gutierrez, Ramos, Ramirez y Damaris (2009), Trejos (2010) entre otros.

Como punto de partida, hemos de referenciar a Araújo (2011), quien afirmaba que las adolescentes gestantes no tenían por qué presentar mayor riesgo de vulnerabilidad que sus compañeras no gestantes. En su investigación no se hallaron diferencias entre

los niveles de ajuste o adaptación de estas adolescentes embarazadas y los de sus compañeras que se encontraban viviendo bajo las mismas condiciones socioeconómicas pero no estaban embarazadas.

La gestación no tiene por qué concebirse como una problemática sin salida favorable. Conocer cómo son las gestantes, cómo sienten, cómo piensan y cómo actúan, proporciona una información valiosa tanto en el ámbito psicológico, como en el educativo y el social. Es fundamental identificar no sólo los factores de riesgo, sino también los factores de protección (Giménez, Valverde y Torres, 2010).

Diversas investigaciones revelan que los resultados para muchas madres adolescentes y sus hijos no tienen por qué ser necesariamente pesimistas. La experiencia positiva del embarazo en mujeres, tal y como afirman Burton (1990), Medora, Goldstein y Von Der Hellen (1994), Merrick (1995) además de otros más actuales como Wilson y Huntington (2006), sugiere que la visión de la adolescencia y la maternidad como problemáticas estará en función del tipo de imperativos sociales y políticos que predominen.

En consecuencia, a continuación se perfilarán las fortalezas que suelen caracterizar a la adolescente durante su embarazo. Entre las fortalezas susceptibles de análisis destacamos: el planteamiento de las motivaciones y emociones positivas que pueden fortalecer la gestación, así como las representaciones que elaborará la futura madre en torno a la maternidad, sus deseos y también la percepción de los movimientos fetales.

6.2.1 Fortaleza gestante: motivaciones y emociones positivas

En este apartado, efectuaremos una breve aproximación a las motivaciones acontecidas en la gestación, siendo éstas múltiples, heterogéneas y asociadas a un tipo de embarazo que responderá a la propia individualidad gestante. Las motivaciones de la embarazada con la gestación, con el nuevo ser, constituirán una pieza clave relevante en este proceso, ya que fomentarán el fortalecimiento psicológico de la gestante (Fernández, 2005).

La motivación es un término bajo el cual, se designa a un conjunto de procesos que están implicados en el mantenimiento y dirección de una conducta. La palabra motivación viene del latín y significa “*mover*”, todos nos movemos hacia estímulos o

actividades y nos alejamos de otros (Gerrig y Zimbardo, 2005). Para estos autores, “*la expectativa*” en la motivación del comportamiento es fundamental, ya que la probabilidad de que realicemos una conducta estará determinada por las expectativas de obtener una meta y por el valor personal de dicha meta.

Seligman respecto al tema de las motivaciones exploraba el estilo explicativo y el grado de optimismo o pesimismo de las personas, pues éstos afectaban a su actividad o pasividad, a su persistencia o a su capacidad para rendirse fácilmente, para tomar riesgos o para optar por lo seguro. La necesidad de logro sería otra fuerza motivacional que conduciría a los sujetos a alcanzar diferentes niveles de logro personal (Gerrig y Zimbardo, 2005). Esta necesidad de logro nos impulsa al éxito y a evaluar nuestros propios comportamientos, así las prácticas de crianza pueden producir niveles altos o bajos de necesidades de logro (Gerrig y Zimbardo, 2005). Las gestantes en nuestro caso, al aproximarse a la maternidad pueden experimentar ilusión y una necesidad de salir victoriosas de todas las transformaciones que experimentarán, todo ello gracias a estas motivaciones que se sucederán durante el embarazo.

Según hemos descrito, cuando se alude a la ilusión de la gestante adolescente ante la llegada del hijo, ésta puede convertirse en la mejor motivación para poder afrontar fácilmente el embarazo. Incluso, un embarazo no planificado puede responder a un vacío producido por una pérdida de una figura que ha podido ser importante para la gestante (Miller-Johnson, Winn, Coie, Maumary-Gremaud, y Lochman, 1999; Meyers y Battistoni, 2003 Svoboda, Shaw, Barth y Bright, 2012), y que con la llegada del bebé de algún modo podría suplirse.

Aguirre de Cárcer en 1989, ya propugnaba la existencia de unas motivaciones primarias y secundarias en toda gestante. Cuando las primeras necesidades no eran satisfechas, éstas se hacían mucho más fuertes, más básicas, implicando mayor necesidad, influyendo de un modo decisivo en el comportamiento de la mujer y en su modo de vida. Una vez que la necesidad primaria había sido cubierta, al menos hasta un mínimo, las motivaciones secundarias pasarían a adquirir entonces, mayor trascendencia.

En este sentido, las adolescentes manifestarán motivaciones comunes al resto de embarazadas, comunes al resto de adolescentes, pero también, experimentarán las propias de su idiosincrasia. Las motivaciones han sido analizadas por autores como:

Olalla (2012), Álvarez et al. (2012), Finocchiaro-Kessler, Sudor, Dariotis, Anderson, Jennings, Keller y Trent (2012), estos últimos autores pusieron énfasis en cómo el deseo de tener hijos no se veía disminuido por enfermedades o infecciones.

Además de no verse disminuido ese deseo de tener hijos a pesar de padecer enfermedades, esos deseos a veces no son reconocidos ni verbalizados por las propias gestantes. Así, un tercio de las adolescentes españolas participantes en un estudio encabezado por Álvarez et al. (2012) reconocieron que su embarazo fue deseado, el resto de gestantes participantes manifestaron una actitud de conformismo y resignación ante éste. Las jóvenes que desearon el embarazo, indicaron además, que su objetivo era tener un hijo, sin embargo, no argumentaron los motivos que influyeron en esa decisión. Posiblemente, estos motivos no fueron expuestos porque, como indicó Aguirre (1989), el embarazo suele venir acompañado de introversión en la gestante. Si profundizamos en este tema, nos daremos cuenta de que actualmente, no se acomete extensamente la interpretación de lo psíquico que en ella acontece.

Una motivación durante su embarazo, que sí puede ser visible en su entorno, es el tener junto a ella a su pareja o futuro padre de su hijo. Es característico de la adolescencia el aprender a conocerse uno mismo mediante el acercamiento a los otros, las relaciones íntimas, el depender menos de los progenitores y el desplazarse al lado de la pareja con la que poder planificar y llevar a efecto planes de vida en común (Della Mora, 2006). Todas estas motivaciones focalizadas en profundizar en el conocimiento de cómo es su pareja o cómo será como padre, pueden facilitar a la gestante el afrontamiento de circunstancias o eventos nuevos de la vida.

Si bien, las motivaciones de las gestantes no son fruto únicamente de esta gestación, por el contrario, algunas de estas motivaciones han tenido origen en la más tierna infancia (Langer, 1983) e incluso en la adolescencia. Parte de estas motivaciones pueden ser similares a las que presentaban cuando eran niñas, al mismo tiempo, algunas motivaciones pueden chocar con la necesidad de depender de sus padres (Morales, Kornblit, Páez y Asún, 2002; citado en Fernández Mateos, 2005). Así las adolescentes pueden tener la sensación de estar reviviendo todas aquellas expectativas que tenían cuando eran niñas respecto a su rol materno, pudiendo incluso notar cierta predisposición favorable a la maternidad gracias a esas motivaciones.

Fernández Mateos (2005) por su parte, acentuaba también el papel que desempeñan las emociones positivas y negativas a la hora de sortear los obstáculos del proceso gestacional. Así, la adolescente podía adoptar tras una primera valoración negativa o de rechazo, otra postura de aceptación y adaptación al embarazo a través de emociones positivas. La diferencia podía deberse no sólo a las emociones implicadas, sino también a la valoración del embarazo como: daño, amenaza o desafío.

Las reacciones emocionales que se pueden manifestar durante la gestación serán numerosas y heterogéneas. De ese modo, progresivamente, gracias a estas emociones y también motivaciones, la gestante puede progresar desde una difícil aceptación de su embarazo, a un acercamiento cargado de ilusión y de expectativas. Este acercamiento hará posible y realidad poder afrontar de forma óptima su embarazo y maternidad (Álvarez et al., 2012).

Esta aproximación a la maternidad que argumentamos, evidencia que se va a producir un desvío de las motivaciones. Esto se produce porque como indica Aguirre (1989), *“durante el embarazo se producirá una desviación de energías psíquicas del mundo externo al interno, al nuevo ser”* (Aguirre, 1989; p. 94). Este desvío de motivaciones constituirá el estadio preliminar del sentimiento maternal con el que surgirán nuevas motivaciones. En consecuencia, Aguirre (1989) describía que durante la gestación, las embarazadas sin darse cuenta, *“perdían interés por situaciones externas”* (Aguirre, 1989; p. 94) y se centraban en el nuevo ser.

No es posible delimitar cada una de estas motivaciones o emociones que van a experimentar las gestantes, porque principalmente, son múltiples, ilimitadas y diferentes entre sí. Según Della Mora (2006), entre las oportunidades y motivaciones de las jóvenes que no están embarazadas, probablemente no hallaremos el deseo de cuidar un bebé, o de preparar sus cosas, ni tampoco experimentarán ciertos temores, presiones y confusiones propios de una gestación.

Es preciso afirmar, por tanto, que estas motivaciones gestantes serán trascendentales en el embarazo, pues van a correlacionar con la aceptación del rol materno. Así, atendiendo a Amar y Jiménez (2005), la propia aceptación del nuevo rol (el rol materno), o la satisfacción por su embarazo, estarán estrechamente relacionados con dicho estado motivacional y con la adaptación social y el bienestar general de la

gestante. Serán estas motivaciones las que posibiliten a la gestante adaptarse a su nueva e incipiente maternidad.

6.2.2. Imaginario sobre el futuro y representaciones en torno a la maternidad

La gestación puede suponer un desafío para la gestante, pues el embarazo no es una experiencia estática, sino un proceso dinámico lleno cambios, enriquecimiento y desafíos, es un periodo rico en transformaciones y representaciones que puede posibilitar la adquisición e identificación progresiva de la gestante con el rol materno (Aguiar, 2009). Aguiar (2009) considera que *“cuando existe un proyecto adaptativo de maternidad, un embarazo es una época que psicológicamente (...) favorece la preparación para ser madre”* (p.37).

A continuación, vamos a efectuar una breve aproximación al *“imaginario sobre el futuro y a las representaciones maternas”* que supondrá tal vez, la entrada a esta prematura maternidad. Durante el embarazo, la capacidad de gestión de la gestante de su propio proyecto personal, dependerá de los deseos, las representaciones y las reflexiones que posibilitarán la preparación de la gestante para ser madre (Aguiar, 2009).

Las ilusiones, los deseos, las expectativas y los temores serán realidades presentes en toda gestación aunque no sean del todo visibles (Manieu, 2002; Fernández Mateos, 2005; Aguiar, 2009; Pires, 2010; Escobar y Escobar, 2013). Cada gestante experimentará sus propias representaciones en torno a la maternidad y compondrá su propio imaginario característico sobre su futuro aún por construir.

Es común que en la adolescente gestante haya surgido un deseo de quedarse embarazada, lo que no significa que exista un deseo de llevar a efecto el embarazo. Durante la gestación, las adolescentes al igual que las gestantes adultas, pueden considerar sus embarazos como deseados conscientemente, sin embargo, para otras, aunque sus embarazos sean intencionados pueden no ser completamente deseados (Pires, 2010). En ambos casos intuimos que las implicaciones sobre los planes de futuro serán diferentes, pues toda gestación es diferente y sugiere cambios heterogéneos en la vida de la adolescente y posiblemente, implicará la apertura a nuevos y diferentes proyectos de vida.

El imaginario sobre el futuro de la gestante como madre, como mujer, es vital y básico para la aceptación de la gestación, este imaginario mediará en su proceso de adaptación al embarazo. Estas representaciones conjugadas y combinadas entre sí, van a constituir un fuerte predictor del tipo y calidad del vínculo que la madre va a desarrollar con su bebé a partir del nacimiento (Manieu, 2003).

Respecto a estas representaciones, resultaría interesante conocer aspectos de las mismas tales como: en qué momento se producen, cómo se originan, de qué están compuestas, o cuál es su utilidad terapéutica. Como a continuación se detallará, estas representaciones pueden además, implicar un aumento de la resistencia materna ante problemas que puedan presentarse.

Pires (2010) argumenta al respecto, cómo las representaciones, especialmente maternas que acabamos de referenciar, ejercen gran influencia sobre las interacciones reales que se establecerán entre la madre y el bebé. Fundamentalmente, la interacción hará posible que el bebé capte los elementos representacionales de la madre. Estas representaciones en las gestantes, pueden fomentar una resistencia o fortaleza mayor ante los problemas.

Algunos estudios experimentales también han contribuido a poder clarificar estas representaciones. Así, Fernández (2005), hace referencia a un estudio en el que participaron 146 mujeres embarazadas, junto con sus parejas, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Vinculación Afectiva Prenatal EVAP de Lafuente (1995). Los resultados manifestaron que a medida que avanzaba la gestación, más concretamente a partir del tercer trimestre, la variable “*actitud hacia el embarazo*” cambiaba y, además, aumentaban las “*conductas de fantaseo*”.

Por otra parte, Fernández Mateos (2005) sostenía que ambos padres percibían al ser nacido, incluso antes de su nacimiento, como un individuo que comenzaba a entablar con ellos nuevas formas de comunicación. Stern et al. (1989) desarrollaron una entrevista específica que consistía en explorar aquellas representaciones que estaban presentes en la mujer durante su embarazo, en ellas se analizaban los deseos y los temores que ésta experimentaba respecto al bebé, así como también la valoración que hacía de su historia y de su futura maternidad. Estas representaciones llegaban a condicionar las actitudes que las gestantes iban a desarrollar frente al ejercicio de la maternidad.

Manieu (2003) describió, cómo tradicionalmente, el psicoanálisis había centrado su interés en los aspectos intrapsíquicos o mentales (representacionales) como determinantes fundamentales de cualquier relación, específicamente de aquellas que se generan entre los progenitores y sus hijos. Hockaday et al. (2000), quienes no hicieron referencia a los aspectos intrapsíquicos o puramente mentales de las gestantes, sí identificaron en ella la presencia de un imaginario sobre su futuro, en este imaginario podríamos encontrar las expectativas que sostienen sobre sus propios planes futuros.

En este sentido, además de subrayar estos aspectos relativos a las representaciones maternas, tampoco puede pasar inadvertido el imaginario sobre el futuro, es decir, las metas y planes futuros que presentan estas adolescentes durante su embarazo. En esta misma dirección, Farber (1989), Camerena, Minor, Melmer y Ferrie (1998) a finales del siglo XX, sostuvieron que precisamente las aspiraciones jugaban un papel protector en las adolescentes, así como también, la confianza. Estas aspiraciones van cambiando a lo largo de la vida, por tanto, el imaginario sobre su futuro no sólo tendrá su origen en la gestación, sino en las propias expectativas anteriores al embarazo.

El embarazo implicará comportamientos y conductas visibles para el entorno de la gestante, pero al mismo tiempo, es un proceso puramente simbólico colmado de representaciones, imaginarios, fantasías y aspiraciones sólo accesibles para la gestante y mujer (Manieu, 2003).

Las adolescentes primíparas sentirán esta primera gestación de forma diferente a otras gestaciones que probablemente, acontecerán en otro momento de sus vidas, irán así definiéndose como madres, iniciando su nuevo proyecto vital. Algunas mujeres tenderán desde el inicio del embarazo a generar ideas y planes sobre cómo desean o esperan que se produzca el parto, el nacimiento del hijo y los planes de futuro, pero otras precisarán más tiempo, más información, e incluso más ayuda de profesionales de la salud (Aguar, 2009).

En el interior de la mujer no sólo se gesta otra vida, sino una reestructuración de su identidad (Manie, 2003) *“se gesta una reestructuración de su identidad como mujer, como futura madre de su bebé, como pareja de su compañero, como trabajadora, como hija de sus padres cuando era una niña, como hija de sus padres que ahora también será madre de su propio hijo/a y como un miembro más de la cadena trans e intergeneracional de su familia extensa y de la especie”* (Manieu, 2003; p.10).

6.2.3. Percepción de los movimientos fetales

La literatura científica sobre la percepción de los movimientos fetales en gestantes es muy amplia y heterogénea. Numerosos autores se hacen eco de las incidencias de estos movimientos en el desarrollo gestacional (Harrington, Thompson, Jordan, Page, Carpenter y Campbell, 1998; Berbey, Manduley y Vigil, 2001; Froen, Arnestad, Frey, Vege, Saugstad, Stray-Pedersen, 2001; Efkarpidis, Alexopoulos, Kean, Liu, Fay, 2004; Sergent, Lefevre, Verspyck y Marpeau, 2005; Unterscheider, Horgan, Greene y Higgins, 2010), especialmente, por su importancia en el desarrollo afectivo y en los vínculos emocionales que se establecerán entre la madre y el bebé.

Las percepciones de los movimientos fetales por parte de la gestante afectarán a su propia salud, así como influirá en su conducta, favoreciendo un óptimo crecimiento y desarrollo de su futuro bebé (Shieh Kravitz y Wang, 2001). Por su parte, Fernández Mateos, (2005) respecto a la percepción de estos movimientos fetales, acentuaba su papel mediador en el proceso de apego. Según sus últimas investigaciones, autores como Maiello (1999), Janov (2000), Shieh et al. (2001), Armstrong (2002), Franck y Spencer (2003) identificaron los movimientos fetales como parte fundamental en la formación del vínculo afectivo madre-hijo desde la vida prenatal.

Junto a estos movimientos fetales, Klauss (1979) citado por Shaffer (2000) afirmó que los efectos del contacto temprano entre la madre y el bebé ni eran tan duraderos ni tan intensos como se pensaba. El contacto que se establecería entre madres e hijos en el momento del nacimiento implicaría ventajas importantes mayores para los bebés y su cuidado, sin embargo, este contacto no sería crucial, ni suficiente para el desarrollo de apegos intensos entre padres y niños.

Por el contrario, en el lado opuesto, Shaffer (2000) citando a Kennel, Voos y Klaus (1979) explicó cómo las hormonas favorecerían los vínculos emocionales entre la madre y el hijo. Estos autores sugirieron que las hormonas implicadas en el momento del parto, podían contribuir a centrar la atención de la madre en el bebé, y además, posibilitarían una mayor predisposición a establecer vínculos emocionales con él. Si bien, si las hormonas desaparecían antes de que la madre pudiera tener un contacto amplio con él, la madre quedaría menos receptiva.

La percepción de los movimientos fetales es uno de los primeros indicadores que recibe la gestante de que “*el nuevo ser*” está vivo dentro de ella. Esta percepción genera

una fortaleza que posibilitará a la gestante en determinados momentos, poder asumir y gestionar las dificultades que se presenten. De esta forma, entre el bebé y ella puede producirse una conexión, que como afirma Di Prieto (2012), se generaría entre el funcionamiento psicológico materno y el sistema nervioso del feto en desarrollo. Así, en el caso de que la mujer manifestase angustia, la angustia tendría efectos directos en el desarrollo del feto.

Dada esta interesante conexión, hemos de precisar que la comprensión de los factores que pueden afectar a la percepción de estos movimientos es uno de los objetivos actuales de profesionales sanitarios, así como también lo es, el poder determinar la causa de una disminución de los movimientos fetales observados y reflejados en algunos informes maternos sometidos a estudio en embarazadas adolescentes (Hijazi y East, 2009). Manieu (2002) al respecto de estos movimientos fetales, apuntó que el diagnóstico prenatal había tenido un desarrollo gradual desde los años 50 hasta la actualidad.

Estos movimientos fetales junto con la ecografía, posibilitan a las gestantes la producción de emociones y refuerzan el vínculo afectivo madre-hijo (Arteaga, 2001 citado por Pires, 2010). No se trataría exclusivamente de un examen médico para la gestante, sino de un encuentro o acercamiento entre la madre y su bebé. Fernández Mateos (2005) recopiló investigaciones en las que citó a Relier (1994) y Lafuente (1995), quienes aportaron información reveladora sobre cómo los movimientos del bebé, que son experimentados a partir del cuarto mes de embarazo, despertaban sentimientos de aproximación de ésta hacia el feto. Estos movimientos se tornaban especialmente evidentes a medida que avanzaba la gestación (Field, Diego, Hernandez-Reif, Figueiredo, Schanberg y Kuh, 2007). En general, el desarrollo de numerosas técnicas diagnósticas ha posibilitado la detección más precoz de un número mayor de anomalías materno-fetales en el curso de un embarazo.

Álvarez et al. (2012) en su inquietud por conocer las motivaciones, creencias y valores de las embarazadas adolescentes españolas, informaron que las que no deseaban su embarazo, percibieron que su responsabilidad respecto al embarazo era relativa y manifestaron una actitud de conformismo. Sin embargo, como resultado de determinados movimientos fetales, posteriormente, se iba manifestando en ellas, una tendencia a racionalizar los acontecimientos, llegando a afirmar que el hijo era incluso deseado o planificado. Este vínculo que va creciendo desde las primeras percepciones se

desarrolla de manera paralela al desarrollo fetal y a la percepción que la futura madre va teniendo del feto (Kohut, Dewey y Love, 2002).

La ecografía tiene también un papel significativo en la gestación y su objetivo es básicamente investigar las malformaciones que puede presentar el feto (Manieu, 2002). En el contexto de un embarazo adolescente o fuera de él, la ecografía y la percepción de los movimientos fetales, suelen ser un pilar fundamental sobre el que se asienta el rol materno. Este rol comenzará a iniciarse durante la gestación.

La actividad fetal regular percibida por las mujeres embarazadas ha sido considerada un signo de bienestar fetal (Berbey, Manduley, Vigil-De, 2001; Raynes-Greenow, Gordon, Li y Hyett, 2013). Por otra parte, la disminución de los movimientos fetales se ha asociado a un mal resultado perinatal. En lo que respecta a la exploración de estas percepciones en torno a los movimientos del feto, podemos citar los trabajos de Radestad y Lindgren (2012). Las entrevistas realizadas a 40 mujeres aportaron resultados en los que los movimientos fetales se clasificaron en siete categorías: fuertes y poderosos, grandes, lentos, de estiramiento, de lado a lado, de luz y sobresaltados. Casi todas las mujeres percibían los movimientos del feto al final del embarazo, así como una presión interna.

Raynes-Greenow, Li y Hyett (2013) advierten que, algunas mujeres que participaron en su estudio, sintieron la necesidad de buscar consejo cuando se dieron cuenta de un movimiento fetal inusual. De las mujeres preocupadas por los movimientos fetales inusuales, sólo una buscó ayuda dentro de las 24 horas. En este sentido, las mujeres que experimentan preocupación por movimientos fetales reducidos no deberían esperar hasta el día siguiente para la evaluación (Froen, Arnestad, Frey, Vege, Saugstad, Stray-Pedersen y Risk 2001; Holm, Saastad, Stray-Pedersen, Børdahl y Froen, 2009).

La literatura psicológica disponible sugiere además que estos movimientos fetales favorecerán precisamente el bienestar del feto, siendo la disminución de estos movimientos asociada a una serie de patologías del embarazo (Hijazi y East, 2009). Hay pruebas contradictorias, tal y como exponen Hijazi y East (2009), en torno a si la edad gestacional, el sobrepeso y la obesidad, afectan a la percepción de estos movimientos. Esta falta de consistencia en estos estudios, puede estar relacionada con pequeños tamaños muestrales y con una falta de definición de factores que pueden estar afectando

a la capacidad de las mujeres para percibir los movimientos del bebé. Existen ciertas evidencias acerca de factores psicológicos que pueden influir en la percepción (Hijazi y East, 2009).

En consonancia con lo expuesto, podemos cuestionarnos si podrán las adolescentes motivarse durante el embarazo gracias a estos movimientos fetales. Aguirre de Cárcer (1989) exponía que independientemente de la edad y situación de la embarazada *“afortunadamente, la naturaleza ha sabido elaborar medios capaces de vencer los temores más profundos”* (Aguirre de Cárcel, 1989; p. 117). Así, frente al miedo profundo que representa para la gestante morir en el parto, *“hay en ella una idea, también profunda de sobrevivir, de continuarse en el hijo”* (Aguirre de Cárcel, 1989; p. 117). Es como si volviera a ser *“inmortal”*, su cuerpo seguirá viviendo a través de sus hijos y de sus nietos.

Numerosas adolescentes, no manifiestan verbalmente sus propias incertidumbres o sus problemas psicológicos, los cuáles se exteriorizarán en su entorno más inmediato, siendo su estado a menudo incomprensible para ellas. Por ello, es difícil encontrar gestantes que verbalicen ese acontecer que el embarazo les ocasiona.

Antes de finalizar este apartado, no debemos obviar, el hecho de que las madres no son las únicas que pueden entablar comunicación con el bebé, sino también, las parejas, los futuros abuelos y otros miembros de la familia. Las parejas suelen hablar al bebé, llamarlo cariñosamente o acariciar el vientre de la madre (Barranco, 1993). Estos comportamientos manifiestos motivan a la gestante a poder avanzar en su gestación, pudiendo gestionar de forma más optimista las circunstancias más difíciles.

Capítulo 7

“El ser humano es, en efecto, un “organismo”, pero que, con vistas a su propia relación con la realidad y con los otros sujetos en la cual está inserto y frente a la posible transformación, sitúa sus actividades, además de en un nivel orgánico, en un nivel supraorgánico (Vicente y Fajardo, 1998; p.164).

CAPÍTULO 7: ENTORNO SOCIAL DE LA GESTANTE

7.1 El papel del apoyo social en la gestación adolescente

El apoyo social desempeña un rol fundamental en la gestación adolescente. Desafortunadamente, no todas las gestantes podrán contar con recursos afectivos suficientes o de calidad para hacer frente a los posibles obstáculos que acontezcan durante su embarazo. Precisamente en este tema, Bowlby, pionero en desarrollar el concepto de “*vínculo afectivo*”, cuya influencia hoy es incuestionable, entre otros aspectos, reflexionó sobre las repercusiones que una falta de vinculación podía tener en la presencia de enfermedades psíquicas (Pires, 2010).

La literatura es extensa respecto al conocimiento del apoyo social que reciben estas adolescentes durante su embarazo (Barrera, 1986; Camerena, Minor, Melmer, y Ferrie, 1998; Gee, Nicholson, Osborne y Rhodes, 2003; Letourneau, Stewart, y Barnfather, 2004; Quinlivan, Luehr y Evans, 2004; Chase, Maxwell, Knight y Aggleton, 2006; Brosh, Weigel y Evans, 2009; Ghosh, Wilhelm, Dunkel-Schetter, Lombardi y Ritz, 2010; Bartlett y Coulson, 2011; Barak, A., & Grohol, 2011; Cohen, Lises, Williams, Brunson y Batstone, 2011). Si bien, escasas son las investigaciones que han examinado con detalle las relaciones existentes entre el apoyo social y su repercusión en el desarrollo del embarazo. En esta línea, podemos citar algunas investigaciones recientes como las de Aracena, Krause, Pérez, Bedregal, Undurraga y Alamo (2013); Posada (2014) o las de Angley, Divney, Magriples y Kershaw (2015).

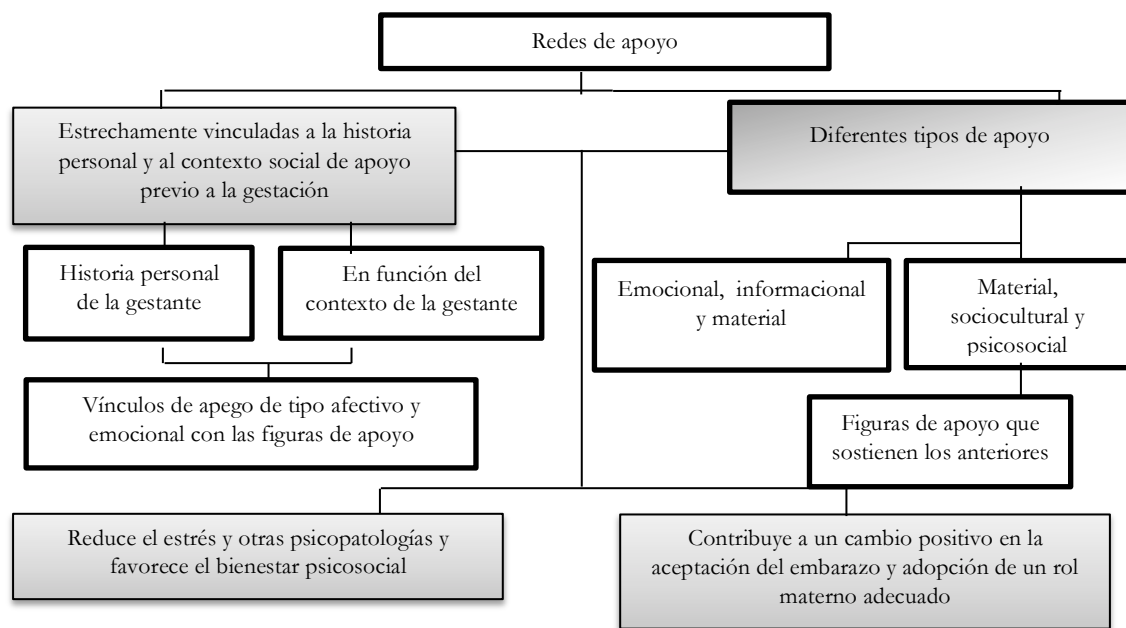
La literatura psicológica en esta temática sugiere además que, el bienestar emocional adolescente correlacionará con factores que incluyen, por un lado, la percepción de permanencia por parte de los apoyos recibidos, y por otra, el tener la sensación o el sentimiento de continuidad en el proceso vital (Nitz, et al., 1995; Stevenson et al., 1999). En la gestación adolescente, el disponer de este apoyo social

repercutirá no sólo en un aumento de bienestar (Sherman y Greeneld, 2013), sino también posibilitará, mejorar los resultados del embarazo en general y favorecer el crecimiento óptimo fetal.

Moreira y Sarriera (2008) definieron tres aspectos centrales relacionados con el concepto de apoyo social, éstos eran: el apoyo emocional (autoestima), el apoyo socio-emocional (afecto, la comprensión y la aceptación por parte de otros) y el apoyo instrumental (información, ayuda económica, ayuda y asesoramiento). Todos estos apoyos persiguen el bienestar emocional de las personas.

En Figura 7.1 aparece reflejada una síntesis de los aspectos que se van a explorar en este capítulo que versa sobre las redes de apoyo a la gestante.

Figura 7.1 Redes de apoyo a la gestante adolescente



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico expuesto en el Capítulo 7.

7.1.1. La familia

La familia tiene una función interna de protección y promoción del desarrollo de sus miembros y una función externa de socialización. Algunos estudios han sugerido que el sistema familiar es además, un recurso indispensable en la prevención primaria del embarazo adolescente (Casper 1990, Olson & Worobey, 1984; Quinlivan, Luehr & Evans, 2004).

Coleman (1980) afirmaba que el grado en que un adolescente o joven incorpora a sí mismo las actitudes y características pertenecientes a otras personas, dependerá del grado de cariño experimentado en sus relaciones con los padres. De ese modo, en las adolescentes lo importante sería la disposición de un modelo positivo con el que poder identificarse. Este modelo vendría representado por alguien que haya resuelto sus problemas de identificación sexual, ésta podría ser por ejemplo, su propia madre. Con respecto a la tarea de los progenitores, éstos deberían funcionar como modelos adecuados, manteniendo unas relaciones positivas y firmes que faciliten el desarrollo de sus hijos.

En este sentido, cabe destacar, que estas relaciones no son siempre tan positivas en todas las familias como cabría esperar. Estudios recientes como los de Serrano (2013), aluden a problemas que emanan de estas relaciones, ya sean relaciones parento-filiales o interparentales. Serrano asocia la aparición de psicopatología en los hijos a estos problemas en las relaciones.

Por su parte, Parra, Oliva y Sánchez Queija (2004) manifestaron cómo unas buenas relaciones familiares, junto con una comunicación eficaz generaban efectos muy positivos en el desarrollo y ajuste del adolescente. De todas las relaciones familiares, el apoyo parental es el que favorecería una autoestima más alta, una mayor satisfacción vital, menor malestar psicológico, un mejor ajuste escolar y una mayor estabilidad en las relaciones de pareja (Parra et al., 2004).

La familia por tanto, se revela como un pilar clave en el desarrollo de la gestante adolescente (Letourneau, Stewart, & Barnfather, 2004). Para conocer cómo es el apoyo que ofrece la familia en este embarazo, debemos revisar la relación familiar y la calidad de ésta antes del mismo. Este apoyo anterior a la gestación es transcendental, puesto que una inadecuada estructura y una carencia de apoyo familiar sería un factor de alto riesgo en la aparición de depresión adolescente (Field et al., 2007; Tzilos, Zlotnick, Raker, Kuo, & Phipps, 2012).

Desde un punto de vista optimista, el estudio Moreira y Sarriera (2008) reflejó cómo a nivel general, las gestantes adolescentes se sentían bastante satisfechas con el nivel de apoyo social recibido procedente de su propia familia, amigos y compañeros. Puede ser que el afrontar la gestación para algunas adolescentes fuera un proceso difícil

y angustioso, pero para otras, gracias a este apoyo, la gestación suponía una experiencia plena (Trindade y Menandro, 2002; Santos y Schor, 2003).

En sentido opuesto a este optimismo en cuanto al apoyo que reciben las gestantes y su efecto positivo en la gestación, autores como Dukewich, Borkowski y Whitman (1996); Crouch, Milner, Thomsen (2001); Blinn-Pike, Mingus (2000) resaltan la falta de apoyo y además el abuso infantil sufrido a menudo por estas adolescentes (de Paúl y Domenech, 2000). Un estudio dirigido por estos autores vascos evidenció que las madres adolescentes mostraban puntuaciones potenciales más altas de abuso infantil y depresión que las madres adultas. Las madres con recuerdos de castigos físicos severos reflejaron altas puntuaciones de abuso en la infancia, y las madres con recuerdos de castigos físicos obtuvieron puntuaciones más elevadas en depresión.

La familia se convierte como observamos, en protagonista de la gestación, especialmente, y más aún, en aquellas adolescentes menores de edad cuyas parejas se han desentendido como futuros padres o como futuras parejas (Sherman & Greenfield, 2013). Es ahí, donde resulta especialmente vital la actuación de estos agentes de socialización.

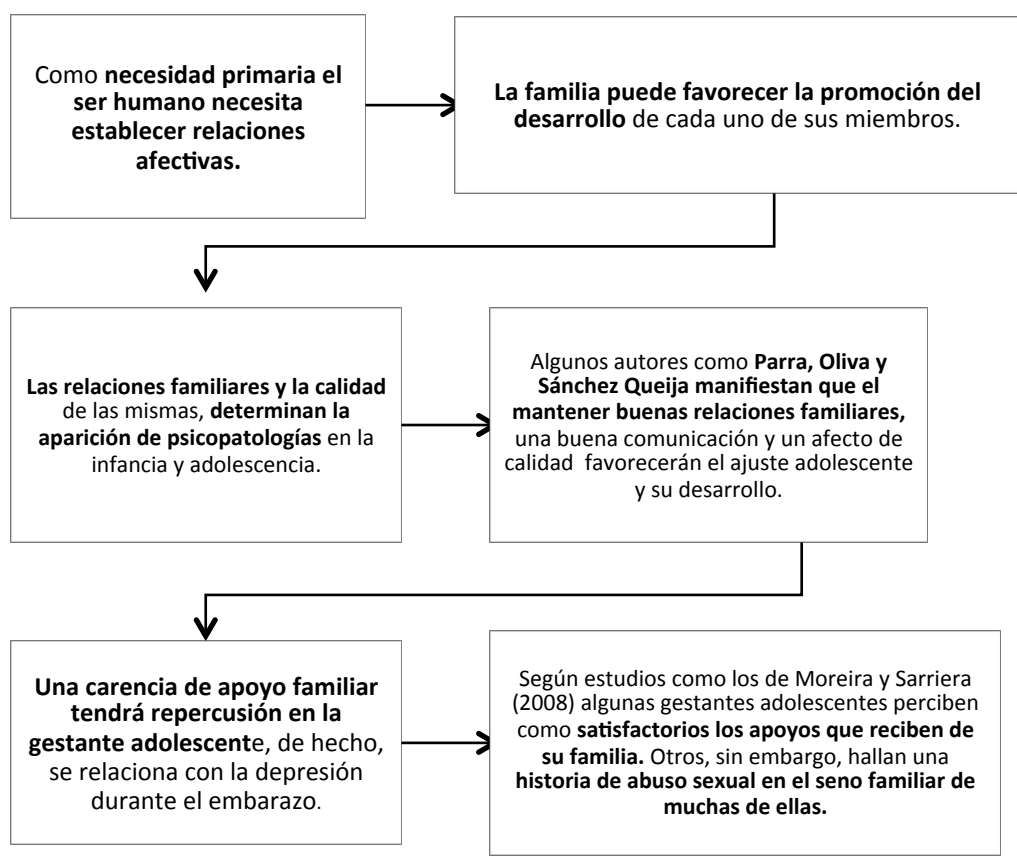
Las hermanas mayores también desempeñan un papel importante en esta red de apoyo. Aunque la investigación sobre este tema no es muy extensa, los últimos estudios han indicado que las relaciones de apoyo procedente de las hermanas mayores, disminuirían los síntomas depresivos y la ansiedad (Gee, Nicholson, Osborne y Rodhes, 2003). Diversos trabajos revisan los factores que influyen en la autoestima durante la adolescencia y en su mayoría, coinciden en enfatizar la importancia de las relaciones que se establecen dentro del seno familiar.

Así, la literatura ha apuntado con bastante rotundidad, que los adolescentes que se sienten apoyados y protegidos por sus progenitores y familiares más próximos son los que tienen una autoestima más elevada (Chen et al., 1995).

Por otra parte, advertir los efectos de la relación madre-hija será vital para poder ahondar en cómo va afrontando la gestante su embarazo. En este sentido, estudios exploratorios sobre el tema reflejaron cómo cuando las abuelas se posicionaban bajo una postura de dominio, el conflicto con la adolescente no resultaba tan perjudicial para la salud psicológica de la joven (Stevenson et al., 1999; Brandyn-Dior Brown y

Caldwell, 2012). Al mismo tiempo, otras investigaciones sugirieron que el apoyo social sostenido por las figuras maternas podría estabilizar el logro del bienestar en las hijas.

Figura 7.2: Síntesis de aspectos relevantes en torno a la familia de la adolescente durante su embarazo.



Fuente: Elaboración propia a partir del marco teórico elaborado en Capítulo 7.

La figura materna, se constituye como una figura de apoyo por excelencia para la gestante, pues, una buena relación suele asociarse a una disminución de la depresión materna y, posteriormente tras el nacimiento, favorece el sentimiento y competencia necesarios para que la adolescente pueda reconocerse como buena madre (Shanok y Miller, 2007; Benson, 2004).

En consonancia con este planteamiento, podemos referenciar investigaciones en las que se evidencia cómo el que las abuelas ofrezcan una gran cantidad de ayuda durante la gestación de sus hijas, correlaciona con gestantes menos satisfechas con sus parejas y están más estresadas (Stevenson et al., 1998; Brandyn-Dior Brown y Caldwell, 2012; Toomey, 2013). Esto sugiere que, el apoyo de la abuela es generalmente

beneficioso, si bien, demasiada ayuda puede dar lugar a resultados opuestos, y por lo tanto, perjudiciales para la hija.

A pesar de que la futura abuela pueda ejercer una influencia positiva sobre la educación de su hija adolescente, y además le proporcione apoyo social significativo, las relaciones entre ambas a veces resultan bastante difíciles (Moyeda et al., 2006). Las futuras abuelas incluso pueden limitar activamente el acceso del padre a estar con el bebé (Krishnakumar & Black, 2003). Este comportamiento podría estar relacionado con la desaprobación del joven padre de recibir apoyo económico de los abuelos maternos, o bien, por el propio deseo del joven de proporcionar apoyo financiero al niño.

Simultáneamente, la relación de la pareja puede verse erosionada por la cercanía de la relación abuela-hija (Krishnakumar y Black, 2003). Así, un vínculo muy fuerte entre la abuela y la madre adolescente, coincide en muchos casos con una insatisfactoria relación entre los padres adolescentes (Krishnakumar y Black, 2003).

Sin embargo, si la relación de la gestante con los miembros de su familia se ve erosionada, la gestación puede verse afectada también (McNeil, & Murphy (2010). Este desequilibrio, suele originarse cuando la adolescente que convive con su familia antes del embarazo anuncia su noticia. La estructura familiar entonces, queda alterada por la llegada de este hijo inesperado. James et al. (2012) al respecto, sugirieron que los padres de estas gestantes, experimentarán emociones abrumadoras ante este inesperado embarazo.

La familia, en definitiva, jugará un papel esencial en este embarazo, especialmente porque supone una ayuda y auxilio ante situaciones extremas o desfavorables tales como la acumulación de tareas a las que van a tener que hacer frente, así como en la asunción de responsabilidad (James et al., 2012). El apoyo por parte de los padres no solo será indispensable en cuanto al apoyo financiero, sino también como hemos reiterado, en cuanto a los cuidados que pueden aportar al bebé (Zagury, 1996; Calesso, 2007).

Antes de poner fin a este apoyo familiar, hemos de advertir, que la adopción del rol materno en estas madres adolescentes primerizas es vital, así como lo es determinar si el apoyo de la pareja y el de la familia (materna o paterna), ya sean juntos o por separado, son factores que favorecen que la gestante primeriza adopte o no el rol

materno (Hidalgo y Coronado, 2011). A veces la familia condiciona algo tan fundamental como es el que la gestante pueda o no identificarse con el rol materno.

7.1.2. La pareja

La gestación es un proceso que no sólo concierne a la gestante, pues implica también al hombre y futuro padre del bebé. La pareja puede condicionar el deseo de la gestante de tener un bebé e incluso la satisfacción por continuar el embarazo (Crockenberg y Leerkes, 2003).

En este apartado, nuestra pretensión pasa por acentuar aquellas dificultades o aspectos positivos, que pueden vivirse en el seno de una pareja que afronta un embarazo. A continuación se presentarán algunos estudios psicosociales en torno al futuro padre del bebé, que nos aportarán más luz sobre qué es lo que siente cuando se prepara para afrontar la paternidad y qué tipo de apoyo suele proporcionar a la gestante. Todo ello teniendo en cuenta que en la adolescencia *“la relación de pareja a menudo se rige bajo una concepción idealizada del amor romántico y viene marcada por una fuerte dependencia emocional”* (Gil García, 2016, p.5).

Estudios como el de Kershaw et al. (2013) y Mendiola, Ornelas, Garza, Pérez, y Lugo (2014) revelan que el amor romántico mejora el bienestar físico y mental de los futuros padres. Pues el amor romántico se asociaría directamente a un mejor ajuste de la relación de pareja (Ratelle et al 2013; Graham 2011 citados por Kershaw, 2013).

El futuro padre del bebé durante el embarazo tendrá que afrontar tantas dificultades y desventajas como las gestantes (Bunting y McAule, 2004). El futuro padre posiblemente no se sentirá suficientemente preparado para ser padre, al igual que a menudo le ocurre a la gestante. García Sánchez, Hernández y Manjón Sánchez (2011) reiteran que además, estas parejas se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, aspecto que suele acentuarse por la presencia del hijo, ya que algunas se formalizarán forzosamente por el propio hijo que tienen en común.

Todo este acontecer, nos conduce ineludiblemente a reflexionar cómo una relación afectiva adecuada entre los progenitores en la etapa prenatal, puede servir de entrenamiento para la adaptación a la maternidad y a la paternidad. Este apoyo es fundamental para que la futura madre adolescente pueda establecer una relación sana madre-hijo (Pires, 2010, p.107). Esta relación afectiva ejercerá también una influencia

muy positiva en el desarrollo biopsicosocial del bebé especialmente en su primer año de vida.

Atendiendo a Fernández (2013), muchos adolescentes no desearán casarse simplemente porque esperen un hijo, la estabilidad en la pareja suele ser lo más deseable. Si bien, independientemente de la edad del futuro padre del bebé, el tener el primer hijo afectará a la vida en pareja de forma multidimensional. Por ejemplo, la relación de pareja puede que tienda a reforzarse mediante un lazo muy fuerte y que éste se prolongue por muchos años (McVeigh y Baafi, 2002; Climent, Rodríguez, Maris y Climent, 2006 citados por Fernández Núñez, 2013). Puede ser también, que al conocer la noticia la pareja decida vivir en la misma residencia. El fenómeno de la cohabitación, como apunta Fernández (2013), es reciente y suele ser habitual en estos casos.

Si bien, a pesar de que ambos vivan juntos y tomen ciertas decisiones conjuntas, la madurez emocional será relativa a estas edades. Braconner (2010) en su famosa clínica psiquiátrica de orientación psicoanalítica americana de Topeka, había propuesto siete criterios de madurez emocional, que corresponderían según él, al acceso al estatus de adulto en este ámbito:

“La capacidad de hacer frente a la realidad de forma constructiva, la capacidad de hacer frente a los cambios, la capacidad de distanciamiento y el control suficiente de los síntomas producidos por tensiones momentáneas o por la ansiedad, la capacidad de experimentar tanta o más satisfacción dando que recibiendo, la capacidad de establecer relaciones estables y consistentes con los demás teniendo en cuenta la satisfacción y la necesidad de ayuda de cada uno, la capacidad de sublimar, es decir, de dirigir la energía pulsional agresiva hacia actividades constructivas y creativas y la capacidad de amar” (Braconner, 2010; p.43).

La falta de madurez emocional también podría condicionar la calidad de la relación que mantendrían ambos adolescentes. A su vez, la calidad de la relación que mantienen se relacionaría con la actitud de la pareja frente al embarazo (Crockenberg y Leerkes, 2003). En este sentido, es frecuente que el adolescente, dada su corta edad, no actúe como una figura de apoyo real estable, ni tampoco como futuro padre. Además, existe una probabilidad elevada de que la pareja abandone y huya de la situación (Vernon, 1991).

Mariano y Álvarez (1994) advirtieron que el apoyo mutuo de la pareja resultaba imprescindible para ambos, ya que les permitiría ayudarse mutuamente. Este apoyo

mutuo debería manifestarse en la intimidad de la pareja y en el entorno familiar, de ese modo, podrían compartir mejor la expectación de tener un hijo en común (Sipsma, Divney, Niccolai, Gordon, Magriples y Kershaw, 2012).

Continuando en esta línea, Mariano y Álvarez (1994) describieron los resultados y cambios observados en las parejas de adolescentes que habían asistido juntos a talleres de pareja. En estos talleres se trataron a lo largo de diferentes sesiones, temas tales como: la importancia de las relaciones de pareja y su relación con la calidad de vida del feto, el momento del parto, el postparto, las relaciones afectivo-sexuales durante este período y los estilos educativos. Estos talleres podían facilitar la búsqueda de soluciones comunes en el seno de la pareja, sin embargo, esta puesta en común a veces se atisba difícil, principalmente por la falta de acuerdo entre ambos. La falta de acuerdo es uno de los hándicaps que las parejas más jóvenes afrontan durante su convivencia (Falcão y Salomão, 2006). Así, con esta gestación puede aumentar la insatisfacción conyugal y la tensión atribuidas también a los cambios en el reparto de roles (Cowan y Cowan, 2000; Cowan y Cowan, 2007; Perry-Jenkins et al, 2007; citados en Fernández, 2013).

A estas reacciones, a menudo se suman, por otra parte, la interferencia de la familia del adolescente, que puede dificultar o posibilitar la relación de pareja en sí, así como puede contribuir al cumplimiento del rol paterno. Es decir, la familia del varón podrá desincentivarle en la asunción de su responsabilidad como padre (Bunting y McAuley, 2004). Esto último especialmente se producirá en los chicos más jóvenes y con metas de iniciar una carrera universitaria (González et al., 1999).

Los amigos también podrán influir fuertemente en el futuro padre generando dudas acerca de la gestante y su presunta paternidad (García Sánchez et al., 2011). Sería necesario realizar estudios de seguimiento para observar el desempeño del rol paterno en estos varones y el impacto a largo plazo que la paternidad puede generar en sus vidas.

García Sánchez et al. (2011) revelaron además, que los sentimientos de aislamiento producidos por juicios por parte de la familia hacia él, podían incitar al adolescente a desear distanciarse de su pareja. Esta situación, puede llegar a agravarse, si tiene una fuerte dependencia económica y afectiva de la familia o unas altas expectativas académicas o laborales (García Sánchez y otros, 2011).

Por ello, buscar un empleo o abandonar los estudios, pueden ser motivos suficientes como para rechazar no sólo la relación de pareja, sino también la paternidad. En otra instancia, existe la posibilidad de que el adolescente se plantee y decida ser independiente de su pareja, entonces éste se posicionará en un segundo plano, pero responsabilizándose de su hijo (García Sánchez et al., 2011). En ese caso, también se enfrentará a carencias por su baja capacitación y escolaridad insuficiente, sin poder acceder a trabajos de buena calidad o bien remunerados.

En cuanto a los padres adolescentes que residen en entornos de bajo nivel socioeconómico, los resultados no son más tranquilizadores. González, Toledo, Luengo, Molina, y Meneses (1999) pusieron en marcha un estudio en el que participaron varones que pertenecían a sectores socio-económicos desfavorables, éstos presentaron mayor riesgo de abandono de hogar que los adultos. La causa de abandono sería el 47% producida por graves conflictos familiares, siendo el 64% de ellos dependientes económicamente de sus familias.

Al igual que las gestantes adolescentes, algunos autores aseveran que los futuros padres suelen pertenecer a estratos socioeconómicos bajos, además no alcanzan niveles académicos altos y tienen mayor predisposición a tener menos oportunidades de empleo que sus iguales sin hijos (Bunting y McAuley, 2004).

Atendiendo a estudios más optimistas y recientes sobre la influencia de la pareja en la gestación adolescente, no sólo se obtienen resultados psicológicos favorables para la propia embarazada, sino al mismo tiempo, también para el bebé (Martin, McNamara y Milot, 2007; Alio, Mbah, Grunsten, y Salihu, 2011). Respecto a esto último, Martin et al. (2007) y Misra et al. (2010) sacaron a la luz hallazgos que indicaban un impacto positivo en los resultados del parto.

Los artículos que efectúan un análisis exhaustivo en torno a los padres adolescentes son todavía bastante limitados, Wendland y Levandowski (2011) pusieron así de manifiesto, que resultaba imprescindible, más investigación sobre este tema, incluyendo diseños longitudinales con poblaciones de gran heterogeneidad socio-económica y cultural.

Hemos de concluir que, en los últimos años la contribución masculina en el embarazo adolescente se ha pasado por alto. Tuttle (1988) en una revisión profunda de la literatura sobre las características de los padres de los niños nacidos de madres

adolescentes, descubrió cómo aunque los padres de los niños nacidos no eran adolescentes, estos padres sí presentaban un desarrollo y una maduración similar al de los varones adolescentes.

Las adolescentes gestantes al describir a sus parejas recalcan cierto desinterés y además exhiben una falta de participación paterna en tareas cotidianas y de apoyo (Bunting y McAuley, 2004). Sin embargo, sobre este aspecto existen discrepancias entre el nivel de implicación que percibe la gestante por parte de su pareja y el que percibe la propia pareja.

Por último, según estudios como los de Kershaw, Murphy, Divney, Magriples, Niccolai y Derrick (2013), el ser víctima o perpetrador de violencia durante la infancia y adolescencia se asociará a una deficiente relación de pareja. Es importante reducir la violencia en la pareja entre los padres de los adolescentes, porque los patrones de resolución de conflictos pueden extrapolarse a los hijos en la edad adulta (Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina y González-Ortega (2014). Los niños que presencian actos de violencia por parte de sus padres tienden a desarrollar pobres habilidades para resolver conflictos y son más propensos a cometer actos de violencia cuando llegan a la adultez (Halford et al., 2000 citado por Kershaw, 2013).

Desafortunadamente, la violencia en la pareja es una realidad presente en muchos adolescentes. El problema se torna mucho más complejo al comprender que las repercusiones no se limitarán a la mujer solamente, sino que afectarán también a su bebé (Tiwari Chan, Fong Leung, Brownridge y Lang, 2008; Hans, 2016).

Es curioso observar cómo los padres adolescentes no suelen participar en programas de apoyo financiero, social o psicológico ofrecidos prácticamente en exclusividad a las madres adolescentes. Sin embargo, numerosos programas de atención prenatal comienzan a desarrollarse en torno al cuarto o quinto mes de gestación y están dirigidos a ambos progenitores (Fernández, 2005). Los propios adolescentes a menudo necesitan tiempo, no sólo para poder madurar, sino para poder desear, imaginar y esperar a su hijo, y por tanto, precisarán tiempo para poder participar en la formación prenatal tanto como la gestante.

7.1.3. El Apoyo de los iguales

En las sociedades occidentales, la adolescencia siempre ha sido una etapa muy larga, y ello ha favorecido “la cultura de los iguales”, que lejos de estar exenta de dificultades, ha propiciado el conflicto de ciertos valores, costumbres y tradiciones. Por este motivo, el adolescente siempre ha necesitado el apoyo emocional de figuras sociales además del apoyo que recibe de su propia familia (Musitu, et al., 2001).

Para Sherman et al. (2013), el bienestar de la gestante se correlacionaría con el apoyo familiar y el de la pareja, sin embargo no con el apoyo de los amigos. Los amigos constituyen un núcleo de apoyo fundamental para el adolescente. Sin embargo, hemos de poner acento en que en ocasiones, la influencia de los amigos puede ser negativa, especialmente, cuando éstos se implican en conductas de riesgo o cuando los adolescentes perciben escaso apoyo familiar. Si bien, la pandilla ofrece a todo adolescente un sentimiento de pertenencia ante situaciones complicadas, permitiéndole poder avanzar en el camino de la identidad (Coleman, 1980; Musitu, et al., 2001).

Margaret Mead citada en Langer (1983), evidenciaba que el conflicto adolescente, que suele comenzar con los padres, se podría reducir concediéndoles a los adolescentes más libertad, exigiéndoles menos dependencia y tolerando más las diferencias individuales. Por eso, si esta etapa fuese más corta y si la sociedad permitiera al adolescente facilitar su integración en la adultez, entonces esta etapa sería tal vez, menos problemática. Esta situación podría resolverse mediante el apoyo que solicitará y posiblemente encontrará en sus iguales. Necesitará a sus iguales para el desarrollo de su propia identidad, para aprender nuevas cosas, para la interacción y socialización, así como para la construcción de relaciones (Shermann & Greenfield, 2013).

La llegada del bebé podrá influir en las relaciones sociales que mantendrán con sus amigos (Fernández, 2013). Además, tal y como prosigue Fernández (2013) y Diaz Saenz (2013), el bebé va a requerir cuidados y las gestantes tendrán que solicitar y recibir ayuda de otras personas. Los amigos pueden mejorar el bienestar de las adolescentes embarazadas, si bien, sobre ello podemos hallar una gran disparidad de trabajos tanto dirigidos a embarazadas, como a madres adolescentes, que como resultado obtienen correlaciones positivas o no evidencian ningún tipo de correlación (Stevenson et al., 1999; Thompson y Peebles Wilkens, 1992; Richardson et al., 1995).

Es de suponer, que estas gestantes, al igual que el resto de adolescentes de su misma edad, desplazarán su centro de interés de la familia al grupo de iguales (Parra et al., 2004; Martínez, 2013). Si bien, ahora con la gestación, los iguales no tendrán por qué ser los propios amigos confidentes, pues las diferencias en aspiraciones y objetivos ahora pueden ser notables debido a la maternidad (Unterscheider, Horgan, Greene y Higgins, 2010; Shermann & Greenfield, 2013; Fernández Núñez, 2013).

Los nuevos roles que van a tener que asumir las gestantes supondrán nuevos modos de preparación para la vida adulta (Allca, 2007). Asumir estos roles con mayor o menor grado de dificultad, también dependerá de: la independencia que haya asumido con respecto a la autoridad, la inclusión en los grupos de iguales, la sensibilidad a ser evaluada y las dificultades provenientes del entorno (Fajardo y Casanueva, 2010). Estos roles y expectativas son difíciles de asumir y por eso, las adolescentes se apoyarán en las iguales que en algunos casos, serán también gestantes.

El modo que tienen de contactar y comunicarse con otras gestantes que pueden residir en diferentes puntos de la geografía, suele ser a través de los foros en línea y redes sociales. Las adolescentes suelen participar en estos sitios no sólo para establecer amistades y desarrollar una comunidad de apoyo a través de internet, sino también para solicitar asesoramiento relacionado con el embarazo. Publicaciones sobre estos foros y redes revelan la posibilidad de que el apoyo social de otras embarazadas puede mejorar el bienestar de las adolescentes (Sherman y Greenfield, 2013).

En ocasiones, el grupo de amigos intentará ejercer influencia sobre la gestante para que ésta se ajuste al grupo. La adolescente puede verse sometida entonces a una fuerte presión por participar en actividades de ocio que antes realizaba, pero que ahora por su gestación, no podrá desarrollar (Sherman y Greenfield, 2013). Conviene señalar, que la influencia del grupo de iguales será más o menos poderosa en función, de la relación que la adolescente mantenga con su familia, en concreto, del grado de apoyo materno que ésta reciba (Musitu et al., 2001).

En definitiva, el apoyo que percibe la gestante adolescente de sus iguales puede ser subjetivo. Quinlivan, Luehr y Evans (2004) evidenciaron que en muchos casos, las madres adolescentes podían sobrestimar el alcance y la disponibilidad de apoyo por parte de sus amigos y compañeros de clase durante la gestación, y posteriormente,

encontrarse insatisfechas con los niveles de apoyo y de comunicación recibidos después de que el niño hubiera nacido.

7.1.4. Otras figuras de apoyo social

Las gestantes adolescentes precisan de una comunicación de calidad entre sus iguales, iguales con las que poder comunicarse en el mismo “*lenguaje*”. Psicólogos sociales, tal y como indican Gómez Berrocal en Morales et al. (2008), han profundizado en diferentes contextos de comunicación intergrupales con el fin de conocer qué papel desempeñan las estrategias de comunicación en el mantenimiento de esa identidad social característica de los adolescentes.

La embarazada adolescente, por ser embarazada, no limita su socialización a una relación exclusiva con la familia, pareja o amigos de siempre. La gestante tiene necesidades sociales con su entorno social y plural. Entre estas necesidades se encuentran la de socializar y establecer relaciones auténticas con personas de confianza, lo que a menudo le resultará difícil de encontrar, ya que necesitará referentes con los que poder identificarse y sentirse segura de sí misma. Precisamente, las redes sociales proporcionan en muchos casos, un lugar cómodo donde contactar con otras gestantes con vivencias o experiencias de vida similares, compartiendo la misma edad (Csipke y Horne, 2007; Custers y Van den Bulck, 2009; Eichhorn, 2008; Mulveen y Hepworth, 2006 citados por Sherman & Greenfield, 2013).

En Internet las gestantes pueden comunicarse, algunas de ellas están incluso dispuestas a ayudar o asesorar a los demás, independientemente de la importancia del caso o de sentirse preparadas para ello. El hecho de compartir en común una gestación, convierte a las redes sociales en un entorno muy eficaz para fomentar información y ayuda, siendo esta ayuda más común de lo que cabría esperar. Como señala Fernández (2013), las personas a menudo tienden a prestar más ayuda en contextos digitales que en la vida real (Wallace, 2001). Como indica Wallace (2001), en la red tienden a sincerarse, llegando a reconocer y aportar detalles íntimos de su vida privada, sabiendo que no son personas de su círculo más próximo de confianza.

Dejando a un lado este apoyo digital, Fernández (2013) considera que pueden darse también formas de colaboración e interacción en diferentes entornos donde la adolescente puede establecer relaciones y lazos afectivos. El entorno académico, puede ser un ejemplo claro de entorno donde la adolescente puede proveerse de apoyo social,

y sentirse orientada, al menos, académicamente (Estupiñán-Aponte y Rodríguez-Barreto, 2009).

Sin embargo, este apoyo percibido es especialmente infrecuente en ellas, frente al abandono de estudios, que desafortunadamente suele ser más común. Por otra parte, fundaciones sin ánimo de lucro constituyen para ellas, otras posibles alternativas y vías de apoyo social, donde poder afrontar el embarazo con mayores facilidades de tipo: económico, psicológico y social. Estas fundaciones pueden satisfacer algunas de esas necesidades que no pueden ser cubiertas por ellas mismas, ni por personas de su entorno más inmediato, como su familia o pareja.

En este sentido, Cobliner (2008) confirmó que no siempre las parejas respondían a estas necesidades. Entonces en este caso, una persona o mentor que acompañe a las gestantes a superar con menor dificultad el embarazo, podría tener un papel relevante (Clear, Williams y Crosby, 2012). Así, durante las tres etapas en las que podemos estructurar el desarrollo de un embarazo, las necesidades van a ser diferentes y las funciones de un “*mentor*” que pueda satisfacerlas, también lo serán.

En la primera etapa del embarazo, según el estudio de Cobliner (2008), los mentores que estaban en contacto directo con estas embarazadas adolescentes, solían manifestar dificultades para poder establecer relaciones y vínculos con las gestantes adolescentes a las que estaban dispuestos a ayudar, pues se producía una evasión por parte de ellas, una desconfianza, y además una característica preservación constante de su intimidad. El rechazo que se producía en determinados casos, parecía subyacer a estas dificultades de relación. Por otra parte, la segunda etapa, se prolongó durante el nacimiento del niño, momento en el que las adolescentes se encontraban desbordadas y donde la presencia de los mentores era esencial. En la tercera etapa, las dificultades surgidas fruto de las discusiones mantenidas con los mentores, condujeron a las madres a dejar de lado, el contacto tan frecuente con los mismos.

Estas fundaciones sin ánimo de lucro, estas figuras o mentores en contacto directo con la muestra, o incluso el entorno académico que orienta y puede gestionar algunas de sus necesidades, no llegan a alcanzar la accesibilidad, facilidad, confianza y atractivo que sí despiertan las redes sociales.

Las redes sociales en este momento, constituyen el lugar de mayor encuentro y apoyo social entre las gestantes que tienen la oportunidad de disponer de recursos

tecnológicos y económicos que hacen posible una comunicación digital. Las iguales, gestantes suponen para las adolescentes, una ayuda para conocerse mejor, un reconocer sus propias transformaciones, mirándose en la otra como un espejo y ser importante para la otra. Podríamos decir, que el vincularse con otras gestantes, también adolescentes, desempeña dos funciones importantes: una fuente de apoyo para conseguir la independencia emocional de la familia, y por otra, la afirmación frente a los adultos, así como compartir experiencias con otras personas con similares problemas (Fajardo y Casanueva, 2010).

Suler, (2004); Tynes, Reynolds y Greenfield (2004); Ravert, Hancock, e Ingersoll (2004); Subrahmanyam, Reich, Waechter, y Espinoza (2008); Waldrip, Malcolm, y Jensen-Campbell (2008) sin priorizar su atención en las gestantes, indicaron hasta qué punto las redes sociales podían llegar a ser determinantes para la consolidación de amistades o para la definición de nuevas relaciones entre adolescentes. Cox, Bevill Forsyth y Missal (2005) observaron cómo las adolescentes podían comunicarse y hablar sobre temas interesantes a través de foros de discusión en internet, donde se abordaba tanto el cuidado de niños, hasta el transporte gratuito o la venta de útiles para el bebé. Las adolescentes aportaron que las razones que subyacían a su participación en un grupo de madres, era la búsqueda principalmente de amistad.

Este apoyo tan determinante en su embarazo incidirá en su autoestima y en la forma en la que ella asumirá el rol materno (Flórez, Gallego, Low, Crespo, Ibáñez & Téllez, 2015). Por lo tanto, el apoyo social de las iguales, en este caso gestantes, puede desempeñar un papel importante en la predicción de bienestar. Así, algunas madres jóvenes o adolescentes embarazadas pueden en un primer momento sufrir cierto aislamiento en su centro educativo o en su entorno de amistad, que puede verse solucionado progresivamente con las redes sociales. Cada vez más, en esas redes podrán encontrar y conectarse con otras adolescentes que están viviendo experiencias similares (Ravert et al., 2004). Si bien, en estas redes sociales podemos observar una “hipocresía aparente”, ya que se generan ideales, los defienden, produciéndose así una idealización de la realidad (Casanueva, Fajardo y Bermejo, 2010).

Grupos de apoyo en redes sociales pueden servir de soporte y ayuda, favoreciendo el denominado “*empowerment*” a través del desarrollo de nuevas relaciones interpersonales, el intercambio de conocimientos y la toma de decisiones (Suler, 2004). Simultáneamente las gestantes podrán beneficiarse del poder psicológico de la escritura

(Suler, 2004; Barak y Grohol, 2011; Bartlett y Coulson, 2011). Pues, buscarán en las iguales el espejo donde mirarse para poder resolver sus propios problemas.

Los grupos de apoyo en las redes sociales, por lo general no se encuentran en la vida diaria, el contacto entre los miembros suele producirse únicamente a través del ordenador, por lo que pueden experimentar así el “*efecto de desinhibición online*” (Suler, 2004). Este efecto consiste en que los participantes se encuentran cómodos expresando sus opiniones o experiencias personales desde el anonimato. Este efecto de desinhibición, también puede desencadenar conductas negativas y comentarios hostiles (Sherman y Greeneld, 2013).

El hecho de que las adolescentes no embarazadas se conecten a las redes sociales buscando un entorno de acceso a la música actual o de expresión de su identidad, contrasta con el que las adolescentes embarazadas busquen otros objetivos como el reconocimiento social o la búsqueda de amistad. Estas últimas, debido a su embarazo, experimentarán una serie de cambios en el estado de ánimo, así como cierta preferencia por encontrar un refugio entre sus iguales (Fajado, Casanueva y Bermejo, 2011).

Se pone de relieve nuevamente la necesidad de que estas futuras madres reciban una atención física y psicológica específica no sólo durante el embarazo, sino también en el parto y el puerperio, ya que ello repercutirá en su salud y en la de sus hijos (Flórez, Gallego, Low, Crespo, Ibáñez y Téllez, 2015).

Antes de dar término a este apartado, hemos de acentuar que, la investigación más actual plantea como línea de investigación futura el poder evaluar la naturaleza de esas amistades y las relaciones entre iguales gestantes. Todo ello, ha de tener en consideración el hecho de que las amigas con las que experimentan una comunicación en línea, pueden contribuir a una clase única de apoyo durante el embarazo, siendo ésta especial y diferente al apoyo proporcionado por otras iguales no gestantes (Fajardo, Casanueva y Bermejo, 2010; Sherman y Greeneld, 2013).

7.1.5. Las gestantes adolescentes en Internet

Internet se ha convertido en una parte indispensable de la vida cotidiana de los adolescentes, con más de 3 mil millones de usuarios en todo el mundo (Kaess, Parzer, Brunner, Koenig, Durkee, Carli y Wasserman, 2016), esta situación está dando lugar a

un número cada vez más creciente de padres estén buscando sobre el tema asesoramiento de profesionales de la psiquiatría y psicología infantil y adolescente.

Carli, Durkee y Wasserman (2013), Cheng (2014) y Kaess et al. (2016) han detectado que junto con un mayor acceso a internet también se han generado psicopatologías derivadas de esta conexión. Así, estos autores han asociado el uso patológico de internet con una variedad de psicopatologías, así como con una reducción de la calidad de vida del usuario.

Tal y como plantea Justo (2016), el consumo, la publicidad, así como la creación de nuevos lenguajes han fomentado el desarrollo imparable de las nuevas tecnologías y del mundo virtual. Como consecuencia de estos cambios sociales se está otorgando un papel cada más que relevante a la imagen del propio cuerpo. Asistimos pues, a una *“construcción postmoderna del sujeto”*, *“esta construcción queda reflejada, como si de un espejo se tratara, en la construcción del sujeto adolescente postmoderno”* (Justo, 2016, p.8).

Cada vez más adolescentes, entre ellas las gestantes, utilizan Internet para conocer gente. Sin embargo, este comportamiento se considera a menudo arriesgado (Van Ouytsel, Van Gool, Walrave, Ponnet y Peeters, 2016). En un estudio dirigido por Van Ouytsel, participaron 57 adolescentes de entre 15 y 18 años de edad residentes en Flandes. Los resultados demostraron que las redes sociales jugaban un papel importante en la búsqueda de información relacional, llegando internet a condicionar la información que sobre las relaciones tenían estos adolescentes. Las fotos y las actualizaciones de estado fueron consideradas las fuentes más importantes de información a la hora de conocer las relaciones que establecían entre ellos.

Hasta la fecha han proliferado las investigaciones que versan en torno al grado en que las personas inician relaciones románticas en Internet o en línea (Korchmaros, Ybarra, Mitchell, 2015). Sin embargo, sólo alrededor del 3-26% de estas relaciones son románticas (Donn y Sherman, 2002, Knox et al., 2001, Madden y Lenhart de 2006, McKenna et al., 2002, Smith y Duggan, 2013; Stevens y Morris, 2007; citados en Korchmaros et al., 2015, p.15).

La gran velocidad a la que se asimila la información que procede de internet y la pérdida del entorno físico real como consecuencia de esta conexión, han supuesto que se focalice la atención sobre las desventajas y las repercusiones que tiene el uso

continuado y sin control de la red (Justo, 2016). Los adolescentes optan por estos entornos digitales porque es donde pueden dar comienzo a nuevas experiencias de entretenimiento, nuevas identificaciones y todo ello desde casa, simplemente desde su dormitorio.

Estas gestantes, al ser también adolescentes, podrán acceder a estos entornos digitales. No sólo Facebook o Tuenti son plataformas que posibilitan nuevas formas de comunicación, también otras como Youtube, -que es un sitio web donde los usuarios pueden subir y compartir vídeos-, les permitirá mostrar al mundo su realidad como adolescentes y gestantes.

En la plataforma de internet “Youtube” se pueden visionar vídeos en los que las gestantes expresan lo que sienten, qué supone un embarazo, las dificultades que están afrontando e incluso las repercusiones que la gestación está teniendo en sus vidas. Reflejan a menudo cómo son juzgadas por la sociedad y cómo son capaces de afrontar los cambios. Con frecuencia reciben comentarios de apoyo por parte de otras gestantes adolescentes, por lo que sienten que éste puede ser un lugar donde sentirse seguras y cómodas. En esta plataforma no es necesario interactuar cara a cara con otros usuarios, lo que genera en la adolescente una predisposición favorable para sincerarse y contar abiertamente lo que no sería capaz de contar a otra persona físicamente.

A modo de ejemplo, en un vídeo publicado a fecha de 28 de enero de 2013 en la plataforma Youtube, podemos observar a una adolescente de 18 años que decide explicar al mundo su realidad a través de un vídeo. En este vídeo ella busca transmitir sus sentimientos y su experiencia de embarazo a través de mensajes escritos bajo un hilo musical como trasfondo. En los mensajes escritos se puede leer: “*no veo la hora de tener a mi hija en brazos*” y pregunta: “*¿entonces por qué me juzgan, me ponen apodosos o me miran mal?*” (Galaz, 2013). Asimismo expresa que ella sigue siendo ella misma a pesar del embarazo, “*solo que está creciendo*”.

Simultáneamente, de esta información podemos inferir que el objetivo de la adolescente con la emisión del vídeo es buscar comprensión, apoyo social, así como reivindicar cómo la sociedad debería ser más empática con el tema. En otros vídeos de Youtube en los que aparecen gestantes narrando su problemática, podemos identificar también factores comunes. En primer lugar, se puede apreciar un deseo de las gestantes de transmitir a los demás su “*verdad*”, es decir, su situación real bajo su propia

percepción; en segundo lugar, no sólo describen los cambios negativos sino también los positivos, entre los que se encuentran el pensar en el bebé.

Cada vez más adolescentes recurren a contenidos digitales y redes sociales para entretenerse. La necesidad de interactuar está generando que la televisión tal y como la conocemos hoy en día, pase a un segundo plano. Los usuarios, en nuestro caso los adolescentes, prefieren y tienden a una tecnología más bidireccional, con la que no solo reciben información sino también pueden emitirla (Agostini & Willington, 2016; Pagán, Martínez, Máiquez & Ayala, 2016).

Capítulo 8

No podemos afirmar de estas deducciones, que toda mujer que haya pasado por episodios dramáticos en su infancia sea incapaz de ser buena madre, pues, aunque influyan los primeros años también influyen los posteriores, pudiendo hallar experiencias correctoras en el contacto con personas bondadosas.

Vicente y Fajardo, 1998. “Desarrollo psicológico femenino y trastornos procreativos”, p. 265.

CAPÍTULO 8: EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN EN LA GESTACIÓN

8.1. La gestante adolescente y su adaptación a la maternidad: experiencias de cambio durante el embarazo.

Este capítulo pretende dar a conocer determinadas propuestas o experiencias de intervención internacionales y nacionales que han sido diseñadas y/o implementadas, siendo sus principales destinatarias las gestantes adolescentes.

En lo que respecta a esta temática, algunos autores internacionales proponen una gran variabilidad de programas, autores como los que a continuación se citan: Pillow (2006), Moreno, Canelón y Becerra (2006), Rodríguez, Sanabria, Álvarez, Gálvez, Castañeda y Rojo (2008), Viñas, Chávez, Virrella, Santana y Escalona (2008), López-Cano y Restrepo-Mesa (2014), Bute, Come, Lauten, Sanematsu, Moore, Lynch y Chumbler (2014) y que constituyen solo una mínima parte de los autores que se dedican a diferentes experiencias que se pueden diseñar en esta temática.

Determinados programas o “experiencias piloto” dirigidos a gestantes adolescentes han sido relacionados con campañas de salud pública. Entre sus objetivos hallamos reducir el embarazo adolescente en la sociedad, así como promover prácticas sexuales más seguras entre jóvenes (Doniger, Adams, Utter y Riley, 2001; Pinkleton, Austin, Cohen, Chen y Fitzgerald, 2008).

Este capítulo aporta elementos para la reflexión y el análisis de experiencias preventivas, y también, para una promoción en educación sexual responsable. Si

instamos a que en la gestante tengan lugar una apertura y una aceptación de su incipiente maternidad, constituye una necesidad imperiosa iniciar este capítulo enfatizando la necesaria inclusión de la misma en su contexto más próximo. Esta inclusión no sólo ha de fundamentarse en el seno familiar y de amistad, sino también, en todo ese núcleo social educativo, que conforma la comunidad escolar, y que componen a su vez, especialmente, sus compañeros y profesores.

La necesidad de dar respuestas a múltiples interrogantes que nos acucian sobre la inclusión de estas futuras madres en su centro educativo, impulsa la lectura y revisión de documentación científica sobre programas preventivos, así como la revisión de políticas sociales generales. Si bien, a pesar de que es diversa la literatura científica al respecto, podemos nombrar a algunos autores internacionales que, a modo de ejemplo, exploraron esta temática (Molina, Ferrada, Pérez, Cid, Casanueva y García, 2004; Krichesky, 2005; Kerry, 2009; Corona y Peralta, 2011; Del Pezo Panchana, 2015). Evidenciamos que serán heterogéneas las posibles propuestas a realizar, pero asimismo es preciso subrayar aquellas que además están en la línea de una pretensión de abordaje más integral con la gestante (Rodríguez et al., 2008) y que además posibiliten “*gestar*” un buen desenvolvimiento de la adolescente en su entorno académico.

Si bien es cierto, este abordaje integral no supone una tarea especialmente fácil, pues, la adolescencia constituye una etapa difícil, y más aún si concurre con una inesperada gestación (López-Cano y Restrepo-Mesa, 2014). Es una etapa en la que cualquier intervención debe sentar los cimientos de una comunicación adecuada y de una firme autoestima. En esta línea, una óptima intervención, tal y como sostienen, Moreno, Canelón y Becerra (2006), debería ser aquella que pueda aunar una estructura de estrategias y técnicas que faciliten la comunicación de la gestante con el grupo social al que pertenece. Esta comunicación podría complementarse con estrategias que favorezcan la autoestima de la adolescente (Moreno et al., 2006). En este sentido, son ellas quiénes, además demandan ser escuchadas en su entorno social, así como exhiben la necesidad de tener más libertad en la expresión de sus puntos de vista (Bute et al., 2014).

Siendo conscientes de que la gestante objeto de estudio es ante todo *adolescente*, debería formar parte de su rutina diaria, tanto el asistir al centro educativo al que pertenece, como continuar sus estudios asistiendo a sus clases ordinarias. Si bien, desafortunadamente, esta realidad va a restringirse en aquellas adolescentes cuya opción

preferente o probablemente única durante su embarazo, sea abandonar sus estudios (Molina, et al., 2004; Kerry, 2009; Corona y Peralta, 2011; Zárate, 2013; Del Pezzo Panchana, 2015). Phipps, Salak, Nunes y Rosengard (2011) manifestaron que a pesar de que suelen alcanzar unos logros educativos menores que sus iguales no gestantes, como además afirmaron anteriormente Stevenson et al. (1998), sus aspiraciones no tienen por qué corresponderse con esos logros reducidos.

En el lado opuesto a esta línea de investigación, encontramos a Phipps et al. (2011) quienes añaden que las adolescentes con embarazos no deseados suelen ser más propensas a reducir sus expectativas y aspiraciones académicas o laborales iniciales a medida que acontece la gestación, debido a las transformaciones imprevistas que hacen aparición y que modifican parte de su proyecto de vida.

Estas experiencias y transformaciones imprevistas precisan ser reconducidas por adultos formados, como pueden ser los diferentes educadores. El modo en que los educadores confieren significado a las experiencias de sus alumnos y a sus preocupaciones, puede influir en el deficiente u óptimo desarrollo de un programa, y por tanto, en el abandono o continuidad escolar de sus alumnos. En esta línea, Wright y Davis (2008) examinaron cómo los educadores de entornos tradicionales y otras escuelas de secundaria públicas conceptualizaban las experiencias de sus estudiantes embarazadas de forma positiva. Los resultados finales sugerían la importancia de analizar las percepciones que los educadores presentaban sobre las embarazadas adolescentes, así como las medidas de apoyo que sostenían.

Los educadores y su modo de conceptualizar las experiencias de sus alumnos, nos conducen a una inevitable reflexión sobre la cultura del centro educativo. Pues, los actores sociales que intervienen en él, son los que pueden posibilitar brindar una nueva oportunidad a aquellas adolescentes que deseen continuar sus estudios (Krichesky, 2005). La cultura de un centro tiene dos posibles funciones: por una parte, la de ejercer un control instrumental que estaría estrechamente vinculado al trabajo de los profesores y alumnos respecto al proceso enseñanza-aprendizaje; y por otra, una función expresiva, más vinculada al mantenimiento de la cohesión social (Galindo, Pérez, Muñoz, Suárez, Expósito y Janssen, 2003). Si atendemos a estas variables interpersonales y a la cohesión social, se pronostica una situación desfavorable para las gestantes que se incorporan al centro educativo, pues cuando éste es partícipe de su gestación, ellas suelen experimentar desprotección, incompreensión social, y en general, comienzan a ser

conscientes de que su situación en el centro educativo se está viendo afectada por su “precoz” embarazo (Del Pezo, 2015).

El tránsito y experimentación de cambios físicos visibles, potencian sentimientos de vergüenza e inseguridad en ellas (Gaete, 2011). Estos sentimientos además, como hemos anunciado, podrán acrecentarse o disminuir en función de la propia cultura educativa del centro y de su funcionamiento. En casos más extremos, las gestantes llegan a abandonar sus estudios al reconocer su gestación, lo que vuelve aún más difícil que pueda volver a producirse un regreso o inclusión (Estupiñán-Aponte y Rodríguez-Barreto, 2009).

Como afirman Phipps et al. (2014), siendo conocedores de que una alta proporción de adolescentes embarazadas desea continuar sus estudios haciendo carreras universitarias, constituye un reto más que atractivo el implementar programas adolescentes para gestantes, madres y sus parejas, dirigidos a evitar que se produzca una desvinculación de su entorno académico (Hodgkinson, Beers, Southammakosane y Lewin, 2014).

Son escasas las políticas locales en España que se desprenden de esta temática. Si bien, podemos citar una medida relativamente reciente, que acordaba promover en las gestantes adolescentes formación académica, con los mismos contenidos y objetivos académicos que “sus iguales” no embarazadas, y además fuera del ámbito escolar. Así, recientemente, el Parlamento Regional de Murcia en 2014, planteó esta propuesta en la que se pretendía incluir determinados casos específicos de embarazadas y madres para que pudieran recibir educación a distancia, facilitando de ese modo a las futuras madres continuar sus estudios desde su residencia familiar. De esta forma, pretendían “evitar” a la gestante la “vergüenza de acudir a clase embarazada” y con ello, reducirían el fracaso escolar.

Si bien, atendiendo a esta línea de propuesta, nos planteamos: ¿estaríamos logrando así una inclusión de la gestante?, o más bien, ¿estaríamos segregándola socialmente a favor de una hipotética mejora de su rendimiento académico?, ¿debemos priorizar la mejora del rendimiento académico de la gestante sobre el cese de su rutina académica normal? Es preciso en todo caso, promover servicios escolares que atiendan eficazmente a estas adolescentes, pero siempre, bajo un carácter integral, tal y como apuntaban Setzer y Smith en 1992.

Es una necesidad acuciante el disponer de programas de calidad para estas gestantes, es preciso formar por ello, a los profesores en estrategias que “incluyan” a las adolescentes con sus “iguales”, así como facilitar su implicación y adaptación al entorno social, comunitario y familiar, mejorando por qué no, en la medida de lo posible, su “calidad de vida”. Campos, Barbieri, Torloni y Guazzelli (2012) son autores que, a raíz de sus investigaciones en maternidad adolescente, concluyeron que estas madres obtenían significativamente menor dominio en lo que respecta a las relaciones sociales en comparación con los adolescentes sin hijos. *“La maternidad a una edad temprana puede tener un efecto negativo en la calidad de vida de las adolescentes”* (p.383).

En otra instancia, el acceso a una buena calidad de vida puede tornarse en utopía si nos referimos a la realidad de numerosas adolescentes que disponen de bajos recursos económicos y que son dependientes de su núcleo familiar. La búsqueda de un programa integral que favorezca esta calidad de vida se atisba cada vez más difícil, pues en la adolescencia *“todo modelo adolece de una cierta rigidez y tiende a no contemplar todas las experiencias”* (Buxarrais et al., 2012).

En esta línea, concretamente, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo, tal y como informaron Denno, Hoopes y Chandra-Mouli (2015), se puso de manifiesto que la salud reproductiva constituía: *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”*. Programas de atención a la salud reproductiva, como es caso del Programa de Acción de la CIPD, posibilitaron estructurar y clasificar las necesidades de nuestras gestantes, así como conocer qué servicios específicos eran imprescindibles a la hora de abordar la calidad de vida. Entre estos servicios, los autores Denno et al. (2015) citaron el asesoramiento y los servicios de planificación familiar, la atención prenatal, postnatal y perinatal, así como el tratamiento de enfermedades e infecciones o la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En lo que respecta a esta prevención, Fernández Mateos (2005), desde el área social reiteraba que la prevención debía preparar a la mujer para poder afrontar situaciones complicadas familiares y sociales futuras, es decir, debería ir encaminada a actuar sobre los perfiles de riesgo detectados. De ello se desprende que todo programa

no sólo debe formar para intervenir, sino también para prevenir situaciones adversas futuras.

Todo programa debe promover la prevención y la “construcción”, es decir, debe preparar para “hacer”, para “lograr objetivos”, y en nuestro caso con las gestantes, para “afrentar un futuro cercano”. La gestante debe ser capaz de “sentirse competente” para afrontar situaciones adversas y presiones a las que puede estar sometida en su entorno más próximo, hablamos de presiones internas o externas (Fajardo et al., 2004). Hay cierta evidencia como subrayan Phipps et al. (2012), de que en determinados casos hallamos adolescentes que no utilizan anticonceptivos cuando estiman que sus objetivos vitales son inalcanzables. Asimismo, también adolescentes con elevadas aspiraciones, desarrollan conductas sexuales de riesgo que pueden desembocar en embarazo si no tienen claro que podrán alcanzar las metas propuestas.

Las gestantes se pueden beneficiar también de programas no específicos para ellas, sino dirigidos o focalizados en un principio, a adolescentes en su generalidad. Si bien, en este sentido, cualquier programa de intervención que tenga como población destinataria a adolescentes, debería dirigirse al contexto social específico en el que éste se efectúe. Si esto es así, lograremos fomentar cambios más significativos, realistas y optimistas, pues la intervención individual se podría ver reforzada (Sánchez Teruel y Robles Bello, 2013).

En el ámbito familiar, o en su caso, en el ámbito residencial, tal y como exhiben Sánchez Teruel y Robles Bello (2013), será útil trabajar las relaciones entre adolescentes, y también cómo poder afrontar los conflictos o incluso cómo regular los afectos. Sin embargo, este trabajo dirigido o focalizado en el contexto, con frecuencia no resulta sencillo de abordar cuando se anhela conseguir resultados positivos a corto y a medio plazo (Buxarrais et al., 2012).

Además de contemplar el contexto y el sujeto objeto de intervención, -en nuestro caso la gestante-, como protagonista del programa, toda intervención con adolescentes debe ser enmarcada en un modelo que la sustente. Existen modelos óptimos de intervención, como son los modelos psicodinámicos, conductuales y cognitivo-conductuales, todos ellos de gran tradición psicológica (Sánchez Teruel y Robles Bello, 2013). Estos programas pretenden promover acciones que favorezcan una integración social del sujeto mediante metodologías distintas. Tal y como sostienen estos autores,

todo ello puede articularse mediante una intervención desde distintos marcos (clínico, académico, familiar...).

La cautela ha de ser imprescindible al caracterizar el grupo de gestantes como colectivo, especialmente, en materia de educación. Kerry (2009) cita el papel de la educación en las gestantes y madres adolescentes del Reino Unido. En este sentido, la política actual de este país en materia de gestación y educación ha puesto de relieve la necesidad de mejorar las posibilidades de vida de aquellas chicas que se quedan embarazadas. Por ello, promueven la permanencia en el sistema educativo de las que están en edad de continuar sus estudios obligatorios. Si bien, esta permanencia puede suponer tener que gestionar cambios en los diferentes contextos, no sólo en el académico.

La gestión de cambios en contextos, también incluye la gestión de los apoyos y recursos que son precisos en cada uno de ellos. Podemos hacer especial mención a un programa recientemente implementado, que es el encabezado por Asheer, Berger, Meckstroth, Kisker y Keating (2014) para madres adolescentes. Este programa ha logrado delimitar, y poner en práctica los servicios sociales necesarios para ayudar a estas gestantes. Los responsables de estos programas estimaron que la mejor vía de actuación consistía en vincular a las participantes con el apoyo que precisaban, para así, lograr mejorar sus resultados durante 2016.

Concluimos este apartado apuntando la necesidad de implementar, como sostiene Fernández (2005), intervenciones que proporcionen información y también formación, que además puedan ser desempeñadas por aquellos profesionales que deseen diseñar programas de intervención o programas formativos, como son: los terapeutas de pareja, terapeutas de familia, otros profesionales de la psicología, de la sanidad o del ámbito educativo, social o cultural.

Todas las prácticas, actividades y propuestas de calidad que se efectúen y sean coherentes con las características de las adolescentes a las que van dirigidas, posibilitarán no sólo un óptimo afrontamiento de la gestación, sino también una primera transición a la identificación con el rol materno.

8.2. Repercusión de una intervención adecuada en el desarrollo de la gestante y del nuevo ser.

La situación actual de la gestación en la adolescencia es compleja, no podemos eludir el hecho de que la adolescencia es un periodo de duelo para muchos adolescentes.

Toda intervención que se reconozca óptima debe actuar sobre el plano biopsicosocial de toda gestante, pero también sobre el bebé que espera. Tal y como sostiene Fernández Mateos (2005), todo recién nacido desde los primeros meses de vida es moldeable, es moldeable ante una madre que ejercerá de moduladora. Las interacciones de la madre van a regular, como indica la autora, los mecanismos neurológicos del niño que además condicionarán sus sentimientos. La madre por tanto, contribuye a su desarrollo y contribuye a moldear su cerebro. Así, incluso antes del nacimiento, el comportamiento de la madre y el desarrollo de su futuro bebé estarán vinculados.

El intervenir en aquél ámbito laboral o académico en el que la futura madre participe activamente debe ser una prioridad, pues su actividad será moldeable y condicionante también en el desarrollo del bebé. Tras la consideración expuesta, la base que sostiene cualquier método de estimulación prenatal, se fundamentará en el alcance de experiencias sensitivas tempranas que puedan influir en el desarrollo del mismo (Fernández Mateos, 2005; Romero et al., 2011). En numerosos casos estos programas se responsabilizan de desarrollar sentidos como el tacto o la audición, los cuales son influenciados desde el mundo extrauterino. Estos métodos emplean la música fundamentalmente para fomentar una vinculación afectiva de los padres con el ser no nacido (Fernández, 2005). La mayoría de los programas establecen como etapa crítica de aplicación alrededor de los cuatro-cinco meses de vida gestacional.

De Coronel, Parada, Vélez y Ospino (2013) llevaron a efecto un programa de trabajo donde no sólo se tomó en consideración la parte física de la madre, sino además sus dimensiones: emocional, religiosa, cultural y social. En este tipo de intervención holística se empleó también el término: “*flexibilidad*”, para referirse a unas estrategias de intervención socioeducativa.

Los programas dirigidos a fomentar el desarrollo del bebé, deben adaptarse a los objetivos y a las necesidades individuales de cada madre. En determinadas situaciones puede resultar muy productivo poner en práctica ejercicios de relajación, especialmente

para tratar el estrés. De Anda, Darroch, Davidson, Gilly y Morejón (1990) abordaron programas de intervención donde el manejo del estrés se realizaba durante cinco semanas y a través de ejercicios de relajación. Los resultados revelaron una reducción mayor en las manifestaciones cognitivas y afectivas del estrés, así como un incremento de la confianza en su capacidad para lidiar con él. Autores como Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth (2001) y otros posteriores como Bergman, Sarkar, O'Connor, Modi & Glover (2007) hallaron cómo el estrés durante el embarazo tendría repercusiones graves en el desarrollo neurológico y psiquiátrico del niño.

Existen diferentes formas de intervenir, autores como Shearer, Gyaben, Gallagher y Klerman (2005) establecieron *cinco categorías de intervención*, que fueron definidas literalmente de la siguiente forma:

Figura 8.1 “Estrategias de intervención socioeducativa” Shearer et al. (2005).

| |
|---|
| Servicios de salud reproductiva (RHS): se refieren a intervenciones orientadas a modificar directamente el comportamiento sexual de los adolescentes a través de la prestación de servicios de tipo clínico. |
| Educación para la salud reproductiva (RHE): intervenciones orientadas a modificar directamente el comportamiento sexual de los adolescentes a través de la provisión de la educación relacionada con la sexualidad |
| Programas para adolescentes embarazadas y padres (PPT): intervenciones que ayudan a embarazadas y padres adolescentes médicamente y educativamente y que tienen por objeto prevenir los embarazos posteriores antes de que los adolescentes alcancen determinados hitos académicos. |
| Programas de participación masculina (MI): intervenciones dirigidas directamente a los varones jóvenes. |
| Programas de comunicación entre padres e hijos (PCC): intervenciones dirigidas a la profundización de los niveles de confort, lo que aumenta la frecuencia, y la mejora de las comunicaciones de los padres con los adolescentes. El suministro de información relacionada con la sexualidad es también parte de este tipo de programas. |

Fuente: Elaboración propia a partir de todo lo recopilado en: “*Categorización de los modos de intervención ante la maternidad adolescente*” Shearer, Gyaben, Gallagher y Klerman (2005).

Otros programas que reportan grandes beneficios a largo plazo, son los que se basan en la denominada: “*escritura expresiva*” (Bute et al., 2014). Esta escritura mejora la conciencia de la gestante sobre sí misma, mejora su confianza, reduce la ansiedad, mejora el estado de ánimo, la salud física, la comprensión de acontecimientos vitales experimentados, reduce el estrés y mejora la comunicación (Baikie y Wilhelm., 2005; Abad y William, 2006). El conocimiento de nuestros propios pensamientos y emociones favorece un autoanálisis que pondrá de relieve nuestra actitud crítica frente a los demás. Deben promoverse intervenciones donde las adolescentes sean capaces de desarrollar un autoanálisis personal y un conocimiento de las propias experiencias (Bute et al., 2014). Para estos autores, “*el diario*” constituiría una buena técnica de aprendizaje activo ya

que posibilitaría una autoevaluación sobre cuál es la perspectiva de los demás sobre uno mismo y sus circunstancias.

Sin embargo, aún predomina una escasa información sobre intervenciones que se relacionadas con la auto-expresión de la experiencia personal (Bute et al., 2014). A través de esta estrategia, las adolescentes embarazadas podrían comunicar mejor sus sentimientos, mientras que al mismo tiempo, los responsables del programa podrían intervenir y responder a las necesidades adolescentes no satisfechas. Esta estrategia podría beneficiarse de otras herramientas educativas como, por ejemplo, el aprender a tomar decisiones asertivas, tal y como apuntó Sanabria (2012).

Bute et al. (2014) también exploraron esta escasa información e intervención que predominaba en torno a la perspectiva de la *“autoexpresión de la experiencia”*. Estos autores defendieron una perspectiva que no estaba basada en una comunicación unidireccional, es decir, no apostaron por una comunicación donde el personal sanitario exclusivamente difundiera información relevante a la gestante, sino que sería la propia gestante quien tenía que expresar e informarse de forma bidireccional con el personal sanitario.

Para Zárate (2013), todo programa que esté dirigido a las futuras madres y al bebé que esperan debería centrarse en el desarrollo de la autoconfianza, la autoestima, las habilidades sociales, la educación y el desarrollo profesional. Sin embargo, también debemos dirigirnos a su contexto de apoyo; las psicoterapias en este caso, pueden ayudar a identificar trastornos psicológicos o contribuir a conocer las causas de los mismos, pueden ser, en definitiva, una rica fuente de información.

A raíz de la literatura científica expuesta a través de una síntesis de propuestas recogidas, concluimos delimitando qué es lo que debería aunar un programa de intervención óptimo dirigido a cualquier gestante adolescente que precise mejorar su adaptación a la maternidad. Estimamos que este programa “objetivo” será aquél que apueste, de modo específico o general *“por la consecución de la calidad de vida de la gestante, promoviendo una atención y responsabilidad de la misma con respecto a su propia salud y a la de su futuro hijo”*. Los objetivos concretos pueden desprenderse de cada programa específico y de cada población al que éste se dirija, pero en general, *“deben contribuir a una mejora de la adaptación de la gestante a la maternidad, sin que ésta la excluya de la sociedad y de sus posibilidades académicas o laborales”*.

Capítulo 9

“A través de la conducta el sujeto emite información acerca de cuáles son sus formas básicas de relación y en última instancia de organización y respuesta de su personalidad”.

Vicente y Fajardo, 1998. “Desarrollo psicológico femenino y trastornos procreativos”

CAPÍTULO 9: ADAPTACIÓN A LA GESTACIÓN Y MATERNIDAD

En capítulos anteriores, hemos explorado la vulnerabilidad y la fortaleza de la gestante, así como la influencia que ejerce el contexto social y de apoyo en el transcurso de la gestación. Este capítulo tiene por finalidad arrojar luz sobre aquellos artículos que exploran la aceptación y adaptación de la gestante al embarazo (Langer, 1983; Lederman, 1996; Fernández, 2005; Armengol et al., 2007; Lafuente, 2008; Ontiveros & López, 2010; Figueiredo, Tendais y Dias, 2014).

En este sentido y en esta temática específica, hemos de comenzar anticipando algunos interrogantes a los que necesitamos dar respuesta para comprender bien algunos conceptos, por ejemplo: a qué nos referimos cuando mencionamos el término “*adaptación*” o el término “*aceptación*” del embarazo, o cuáles son las diferencias entre ambos, o cuál es el papel de la aceptación dentro del proceso gestacional. Para dar respuestas a estas cuestiones, precisamos al mismo tiempo, comprender las bases teóricas que subyacen a estos conceptos.

En este sentido, existe cierta difusión de estudios relacionados con la aceptación y adaptación de la adolescente a su embarazo (Langer, 1983; Lederman, 1996; Fernández, 2005; Armengol et al., 2007; Ontiveros & López, 2010) que a continuación serán objeto de análisis.

9.1. Aceptación/adaptación: diferenciación y relación entre ambos conceptos

Como hemos anticipado en otros capítulos, las gestantes, al ser conscientes del precoz y tal vez, inoportuno embarazo, van a manifestar posiblemente actitudes de rechazo y pasividad ante él, máxime si el embarazo no ha sido planificado (Fernández Mateos, 2005).

Si bien, la ilusión por el futuro bebé, la calidad de relación que mantengan con la madre o la pareja, entre otros factores, pueden tornar este rechazo previo en una “*aceptación*” provisional (Armengol et al., 2007).

Por tanto, la aceptación del embarazo sería un paso previo, pero imprescindible para alcanzar la adaptación final a la gestación. Calesso (2007) citando a Maldonado (1994) alude a los diferentes factores que pueden ser desencadenantes de la “*adaptación prenatal*” y detalla cómo las vivencias y los sentimientos positivos experimentados por la gestante durante el embarazo, así como el apoyo recibido de sus familiares, son factores que contribuirían a su adaptación.

Lederman (1996) por su parte, explorando las dimensiones que se podían desglosar de todo este complejo proceso que conforma la “*adaptación psicosocial al embarazo*”, y basándose igualmente, en entrevistas con embarazadas de diversas edades, logró efectuar un exhaustivo cuestionario que permitía evaluar la adaptación al proceso gestacional a través de siete dimensiones psicosociales de evaluación prenatal: “*aceptación del embarazo*”, “*identificación con el rol materno*”, “*calidad de la relación con la madre*”, “*calidad de relación con la pareja*”, “*preparación al parto*”, “*miedo al dolor*”, “*pérdida de control durante el parto*”, y “*preocupación por el bienestar propio y del bebé*”. Para Lederman la aceptación del embarazo conformaría una dimensión más dentro del proceso de adaptación gestacional.

Por su parte, Armengol Chamarro y García Dié (2007) efectuaron una adaptación del cuestionario de Lederman, conservando las dimensiones siguientes: “*aceptación de la gestación*”, “*preparación al parto*”, “*identificación con el rol materno*”, “*calidad de relación con la madre*” y “*calidad de relación con la pareja*”. La aceptación, al igual que la adaptación, sería un proceso lento o gradual, donde convivirán sentimientos, experiencias y conflictos en la mujer. El afrontamiento de estos cambios y la aceptación del proceso gestacional pueden ser una realidad y no un imposible (Armengol et al., 2007).

En lo que respecta a la adaptación gestacional, es cierto que estará relacionada con la búsqueda de salud por parte de la gestante (bio-psico-social), ella deberá desear, aceptar y también buscar esa adaptación. Si bien, el adaptarse a las exigencias propias de la crianza de sus futuros hijos, así como a la adquisición de nuevas responsabilidades, no siempre será una tarea fácil, y a menudo irá acompañada de tasas

significativamente más altas en estrés, depresión, abuso de sustancias o ideación suicida (Hodgkinson, Beers, Southammakosane y Lewin, 2013; Bute et al., 2014).

La adaptación puede ser difícil y la maternidad que se aproxima también puede ser más o menos satisfactoria, como apunta Lafuente (2008). La satisfacción dependerá de factores como: el apoyo social, el estilo afectivo y la relación de pareja. Por tanto, la maternidad precisa de un proceso de adaptación durante el cual la gestante va a comenzar a aproximarse afectivamente al bebé, se va a preparar para su crianza y para compatibilizar los roles a desempeñar (Lafuente, 2008).

Figura 9.1. La aceptación dentro del proceso de adaptación (Armengol et al., 2007).

DIMENSIONES EN LA ADAPTACIÓN PRENATAL: ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO COMO PARTE DEL PROCESO GESTACIONAL

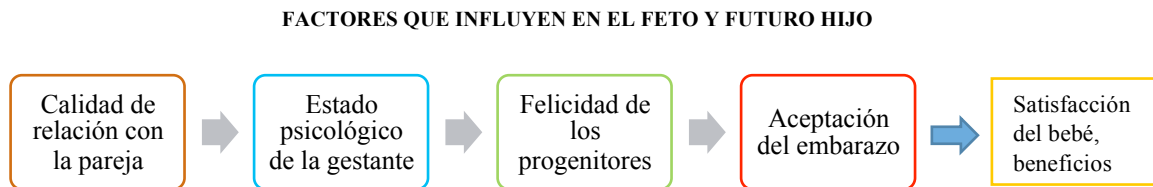


Fuente: Elaboración propia a partir del “PSQ Dimensiones en el proceso de Gestación” Armengol et al. (2007) y Lafuente (2008).

Simultáneamente, esta adaptación prenatal, si tiene lugar, puede generar extensos beneficios y consecuencias no sólo a la gestante, sino también al feto y a la calidad de vinculación que se establecerá entre la madre y el hijo. Es por ello, que Lafuente (2008) informó sobre hallazgos empíricos que sugieren que el estado psicológico de la gestante, su “*autoaceptación*” y la calidad de la relación que mantenga con la pareja, no sólo contribuirán a favorecer dicha adaptación prenatal, sino también, podrán tener una repercusión positiva en el bebé que espera. De hecho, los embarazos deseados con frecuencia suscitan actitudes y sentimientos de felicidad en los progenitores, pero también generan satisfacción al feto.

Estas actitudes y sentimientos de felicidad son percibidos y respondidos por el niño, que junto a la gestante, van perfeccionando una capacidad de resiliencia mayor a los cambios, volviéndose éstos menos vulnerables a las situaciones difíciles que acontecerán durante este periodo (Relier, 1994; Little y Hepper, 1995 y Monk, 2000; citados en Fernández, 2005).

Figura 9.2. Repercusión de aspectos de la gestación en el desarrollo del bebé.



Fuente: “Elaboración propia” a partir de aportaciones (Lafuente, 2008; Fernández, 2005).

En esta adaptación, los lazos afectivos y los apoyos familiares son factores determinantes. Publicaciones como las de Ontiveros-Pérez y López- España (2010) revelaron cómo las primigestas que mantenían una óptima relación con el futuro padre de su hijo, siendo éste su marido o pareja formal, exhibían una mayor adaptación psicosocial en las dimensiones “*relación con la pareja*” y “*aceptación del embarazo*”.

En esta línea, por su parte, Foley et al. (1995) a raíz de numerosas entrevistas con gestantes de todas las edades, concluyeron que la realidad gestante suele ser mucho más “*dura*” para una familia monoparental que para otra que no lo es. Estas consecuencias coincidirían, además, con Lederman et al. (2006), quienes describieron cómo la mujer acompañada de su pareja alcanzaría mayor seguridad y mayor compromiso materno durante la gestación, que la que carecería de la misma.

Sin embargo, a pesar de estos apoyos y relaciones que pueden acontecer en el desarrollo gestacional, en ocasiones, resulta inevitable una difícil primera aceptación del embarazo, y ésta puede traducirse en un primer rechazo de la gestante hacia su propio estado y puede acompañarse de síntomas somáticos que de múltiples formas podrán manifestarse. Así, Figueiredo et al. (2014) recogen un aumento de síntomas somáticos (como la fatiga o la interrupción del sueño) y síntomas psicológicos (como la ansiedad o la depresión) en adolescentes embarazadas en detrimento de los recogidos en las embarazadas adultas.

En este sentido, respecto a esta temática, podemos subrayar lo que declaraba Langer a finales del siglo XX sobre el embarazo: *“las tendencias adversas al embarazo entrarán en conflicto”* (Langer, 1983, p.61), y por tanto, como detallaba la autora, se revelarán en el plano psicológico y psicosomático, incitando angustias y trastornos típicos (Langer, 1983). Entre estos últimos, sostiene Langer, los más frecuentes serán los de tipo oral, anal, de crisis y de antojo. Especialmente, síntomas como las náuseas y los vómitos se sumarán a la embarazada, así como también las diarreas, que pueden ser un ejemplo común de exteriorización. *“En algunos casos, pueden llegar estos síntomas a ser antecedentes de un aborto, lo que implicará entonces, un indicio claro de rechazo a la maternidad”* (Langer, 1983, p.61).

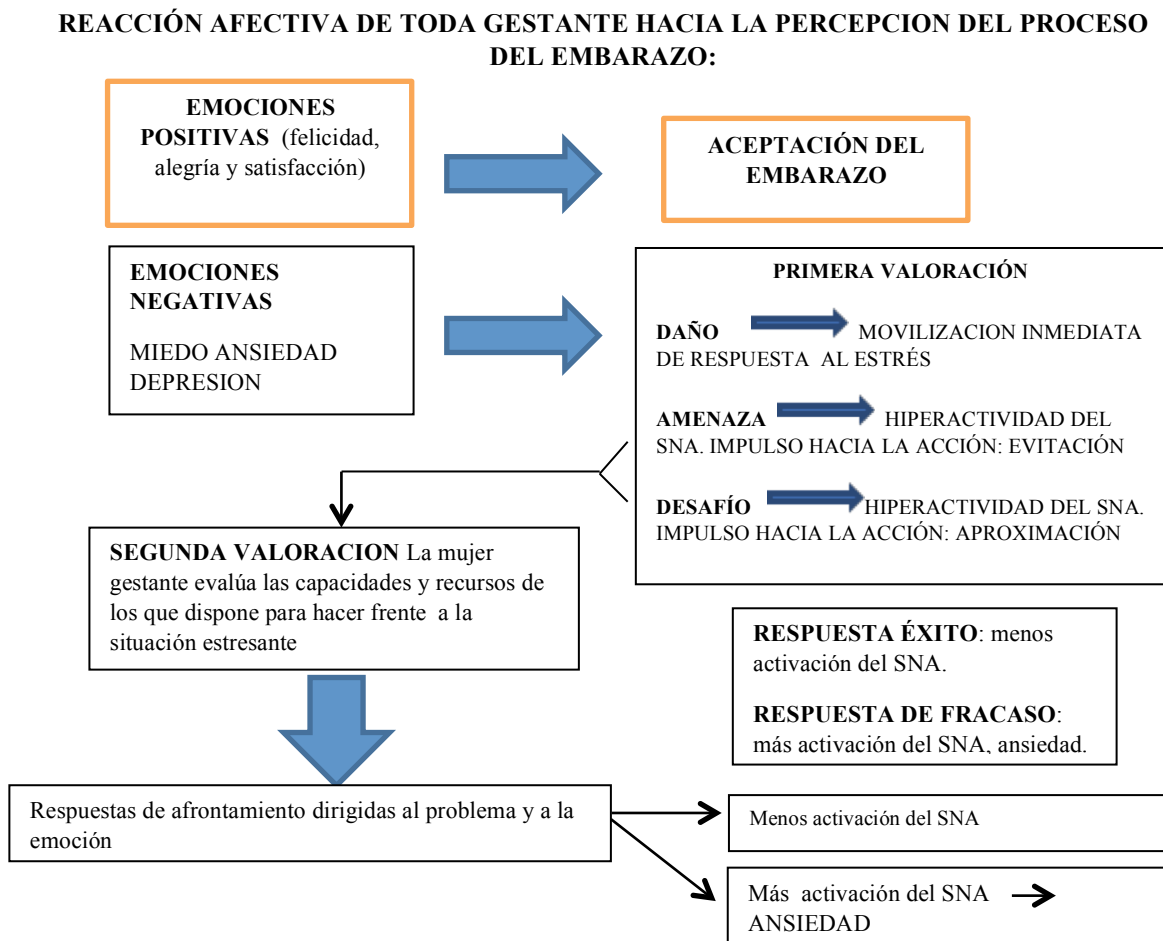
9.2 La aceptación y adaptación a lo largo del embarazo: modificaciones y reacciones de la gestante

Como hemos introducido al comienzo del capítulo, la mujer puede desempeñar posteriormente, una segunda valoración sobre su experiencia como gestante y poner en marcha estrategias suficientes, que posibiliten poder afrontar mejor la adversidad y modificar su actitud negativa hacia el polo positivo de la adaptación.

Por otra parte, si transcurrido un tiempo, la gestante no encuentra los recursos necesarios para hacer frente a la situación, probablemente se movilizarán otras respuestas de estrés, produciéndose así un agotamiento de los procesos cognitivos, afectivos y una alteración del sistema fisiológico y motor (Reevé, 1994; Fernández Abascal, 1997; citados por Fernández, 2005). El ajuste psicológico necesario para afrontar con éxito la futura maternidad, a menudo parece estar relacionado con la capacidad de la madre para adaptarse a los cambios (Figueiredo et al., 2014).

De este modo, el embarazo no deseado puede tener lugar a través de tres categorías distintas, como ya referenciamos en otro capítulo: los embarazos no deseados que terminan aceptándose y ajustándose a los cambios, los embarazos no deseados en un comienzo, pero que se adaptan posteriormente y, en tercer lugar, los que no se aceptan ni se adaptan. Las estrategias de afrontamiento que pueden exhibir son también muy diversas: evaluación positiva, reacción depresiva, negación, planificación, desarrollo personal, control emocional, distanciamiento... (Fernández, 2005).

Figura 9.3: Reacción de la gestante ante el proceso de gestación (Fernández, 2005)



Fuente: Extraído de “El vínculo afectivo con el niño por nacer” (Fernández, 2005).

Fernández (2005) prosigue en la exploración de esta aceptación, enfatizando la ambivalencia de sentimientos y emociones que acontecerán. En ocasiones, es el propio contexto social el que se ve impregnado de situaciones problemáticas que influirán en la aceptación del embarazo. De este modo, por ejemplo, los recursos económicos insuficientes asumen la responsabilidad del incremento de dificultades en su adaptación general a la gestación. Si bien, los recursos económicos también podrán interceder en otras dimensiones: “*preparación al parto*”, “*relación con la pareja*” y “*relación con la madre*” (Ontiveros-Pérez y López-España, 2010).

Si bien, respecto a esa “*relación con la madre*”, cuando se producen conflictos, el hecho de residir con ella, puede incrementar el nivel de estrés en la gestante, y en el caso de que la futura abuela no haya establecido unas normas claras, la adolescente puede permanecer en un segundo plano respecto al cuidado de su hijo y relegar el cuidado del bebé a la abuela (Black y Nitz, 1996).

Además de la “*relación madre e hija*”, otros factores como la edad, los ingresos económicos y el nivel de escolaridad correlacionaron directamente con la aceptación del embarazo (Ontiveros-Pérez y López-España, 2010). Por otra parte, la dimensión “*preparación para el parto*” descrita por Lederman, fue igualmente relacionada significativamente con los ingresos económicos, la escolaridad y la edad gestacional. En este sentido, también, cuanto menores eran los ingresos económicos, la escolaridad y la edad que presentaba la gestante, menor era también la preparación al parto.

Otro de los hallazgos reportados en este estudio, fue la relación existente entre las mujeres con escolaridad baja y la aceptación del embarazo. Al respecto, Delabra (2005) y Lederman et al. (2006) en Ontiveros-Pérez y López-España (2010) hallaron cómo las mujeres con menor nivel de escolaridad exhibían también una menor aceptación del embarazo. Si bien, no conviene generalizar ni focalizar exclusivamente nuestra atención en factores contextuales y de apoyo en la gestante.

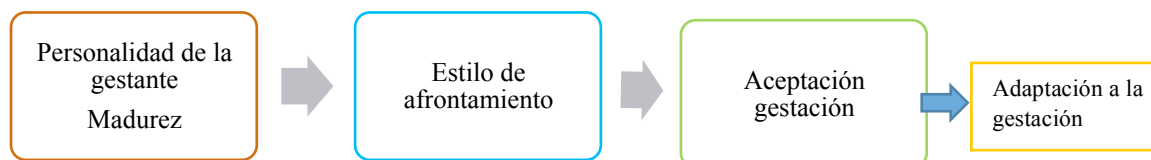
La propia estructura psicológica de la mujer y su actitud frente al embarazo han interferido siempre en la aceptación gestacional, ya sea en la evolución del embarazo, como en el transcurso del parto (Fernández, 2005). Todos los trastornos psicológicos que acontecen antes de la gestación, pueden persistir durante el embarazo, sin embargo, la gestante suele llegar a una mayor aceptación del proceso a medida que éste prosigue y va intensificándose más su unión materno-filial (Langer, 1983).

La personalidad de la gestante junto con su estilo de afrontamiento, ejercerán una función clave en el día a día de su gestación, favoreciendo una inhibición o exhibición del proceso de aceptación y, por tanto, manifestando una mayor o menor adaptación final al embarazo. Las actitudes o la madurez de las gestantes también son observadas.

Otro de los factores más identificados en la exploración de la aceptación del embarazo, y que podría incluso modificar la estructura psicológica de la gestante, es la percepción de los movimientos fetales (Fernández, 2005). La mujer, que al principio de su embarazo suele mostrar temores y miedo al fracaso, a medida que avanza, va experimentando fantasías maternas y puede ir sintiendo cada vez más a su bebé.

Figura 9.4. Repercusión de personalidad gestante, estilo de afrontamiento y aceptación de la gestación en la adaptación durante el embarazo.

FACTORES EN LA GESTANTE QUE AFECTAN EN SU ADAPTACIÓN PRENATAL



Fuente: “Elaboración propia” a partir de aportaciones (Fernández, 2005).

El papel del deseo en la aceptación del embarazo también influirá en el progreso y desarrollo vital del futuro hijo que espera. Los resultados de diversos estudios con embarazadas revelan el impacto que ejerce el deseo de ésta de tener un hijo en el futuro desarrollo físico y emocional de éste (Kanoy, Ulku-Steiner, Cox, Burchinal, 2003). Los niños de madres a quienes se les denegó el aborto y tuvieron hijos no deseados, concluyeron con una mortalidad más alta y también, manifestaron un porcentaje más alto de desventaja cerebral, disfunción cerebral mínima, así como también, otro tipo de problemas emocionales y físicos. Este estudio desveló que aumentaba la proporción de niños amamantados durante menos tiempo por estas madres, así como en los niños se incrementaron las probabilidades de padecer castigos físicos y/o maltrato postnatal (Kanoy, Ulku-Steiner, Cox, Burchinal, 2003).

Como hemos podido comprobar, la adaptación al embarazo difiere enormemente de una mujer a otra, pues mientras que unas gestantes se sienten más predispuestas a afrontar el proceso, otras tienen que hacer un gran esfuerzo para poder adaptarse.

Ser madre es algo más que afrontar los cambios físicos y psicológicos de una gestación. *“La maternidad para muchas jóvenes de sectores populares implica un proyecto de vida y mucha satisfacción, ya que la falta de oportunidades de su entorno da lugar a que la maternidad sea un objetivo en su autorrealización”* (Zárate, 2013).

9.3 Aceptación y su vinculación al rol materno en el proceso gestacional

Durante el embarazo se producirá la adquisición de un rol preponderante por parte de la mujer: el rol materno. El embarazo es un buen momento para prepararse para ser madre. Esta realidad nos conduce a plantearnos: ¿qué es para la gestante ser madre?

Jung (1965) tiene una respuesta a nuestra cuestión, pues expone: *“la estructura es lo que siempre se encuentra ya, es decir es lo que en todas las cosas ya estaba, es la precondición. Eso es la madre: la forma que contiene todo lo viviente”* (citado por Fajardo, 1998, pág. 274).

Este apartado pretende dar a conocer cuál es la relación entre la identificación satisfactoria con el rol materno en la gestación y la aceptación del embarazo. Damos comienzo así, aportando una distinción entre *“la aceptación de la gestación”* y la *“identificación de la gestante con el rol materno”*, pues ambos van mantener una relación y una vital función no sólo en el embarazo, sino posteriormente, tras el nacimiento del bebé.

¿Qué papel juega el rol materno en la gestación? Hidalgo y Coronado (2011) citando a Rubin (1984), introducen el concepto de *“rol materno”*, definiéndolo como un complejo proceso cognitivo social, que tiene por objeto la unión madre-hijo y la identificación de ésta con la maternidad. Con el embarazo deseado, esto suele ser menos complejo, porque los padres suelen exhibir actitudes positivas que implican el desarrollo de conductas como es el caso de la conducta de anticipación a los cambios (Fernández Mateos, 2005).

No es motivo de asombro que el estado emocional de la madre adolescente se encuentre en constante amenaza por parte del medio social en el que esta se desenvuelve (Espinoza Lecca, 2011). Una mayor probabilidad de ser excluida socialmente suele ser una realidad presente en las adolescentes más jóvenes (Botting, Rasato y Madeira, 1998 en Chase et al., 2006). Concretamente estos mismos autores examinaron en su estudio que dos de cada cinco madres eran estigmatizadas por su embarazo. Estas madres a su vez, presentaron mayores dificultades para aceptar la responsabilidad de ser madre.

Enfatizando el papel del apoyo social en el rol materno, hemos de advertir que si durante el embarazo, la joven y futura madre, no disfruta del apoyo materno, paterno, de pareja, o de cualquier otra persona que pueda escuchar y dar respuesta a sus preguntas,

puede que acreciente su angustia y su “*no aceptación del embarazo*”. Esta situación por ende puede incrementar la dificultad para identificarse con el rol materno (Melender y Lauri, 2002; Canuso, 2003; citados en Fernández, 2005).

Como reflejamos en capítulos anteriores, la capacidad para fantasear sobre el futuro del niño, sobre su crianza, y sobre una misma como madre, facilitará la integración del ser aún no nacido. De ese modo, la imagen que elaborará la futura madre de sí misma, pronosticará una aceptación y adaptación a la maternidad, lo cual supondrá una mayor aceptación de su responsabilidad como madre, siendo progresivamente más consciente de que el feto es una persona con la que puede y debe vincularse afectivamente (Fernández, 2005).

Simultáneamente, habría que analizar la propia visión que tiene la gestante sobre lo que implica la maternidad. Martínez y Rodríguez (2008) en esta línea, afirmaron que la adopción del rol materno era un proceso interactivo y evolutivo que se producía durante cierto período de tiempo, durante el cual, la madre va sintiéndose vinculada a su hijo, y adquiere una mayor competencia en cuidado del mismo.

Asimismo, durante el embarazo, mientras la mujer adulta va a generar expectativas optimistas frente a su hijo y frente a ella misma como madre; la adolescente posiblemente manifestará expectativas diferentes y las adecuará a su manera de afrontar los cambios según su madurez. Martínez y Rodríguez (2008) continúan aludiendo que, los cambios del embarazo en el cuerpo de la mujer, irán modificando y suscitando nuevas transformaciones, al igual que sus expectativas, que influirán también, en la adopción del rol materno.

Las diferencias entre unas gestantes y otras pueden responder a una seguridad o inseguridad con respecto a su capacidad o competencia para ser madre. Asimismo, estas futuras madres podrán imaginar o proyectar una imagen por la que estiman que desempeñarán adecuada o inadecuadamente su rol materno. El experimentar inseguridad en su papel de madres, guarda relación con la incertidumbre respecto a su propio futuro. Entonces, el sentirse seguras como madres afectará a su habilidad para cuidar al bebé, influirá en sus propios planes de futuro, y al mismo tiempo, les reforzará positivamente. De ahí que la interpretación y la significación que éstas realizan de la maternidad puedan mejorar o empeorar el desempeño del rol materno.

En definitiva, “ser madre” para Pires (2010): “*contribuye a la integración de la narrativa biográfica, dando sentido a la propia existencia, permitiendo una madurez o un alcance de una identidad sólida y consolidada*” (p. 41). En esta adquisición del rol materno será igualmente importante “*el plan de futuro*”, el cual estará marcado por la experiencia familiar; y simultáneamente por su socialización de género, su historia de vida, así como por el imaginario sobre el cuidado de sus futuros hijos (Álvarez et al., 2012).

A lo largo de este apartado, hemos querido explicar brevemente los conflictos que tienen lugar en las embarazadas adolescentes, los cuáles no provienen exclusivamente de las propias molestias físicas en sí, sino que tendrán una base o naturaleza muy similar a la esterilidad psicógena, es decir, tendrán una base psicológica determinada por factores sociales.

“*Cuanto más inseguro está uno mismo de su propia identidad, mayor es su temor*” (Rank, citado en Fajardo y Vicente, 1998, p. 280).

9.4. Adaptación durante el proceso de gestación adolescente

Es fundamental identificar y valorar si la adolescente se está adaptando a su embarazo y a lo que éste implica, pues ello nos permitirá detectar actitudes y conductas que revelan rechazo o indiferencia hacia el nuevo ser, y que además, pueden dañar al feto en forma de abuso activo o pasivo (cuidados prenatales escasos, consumo de alcohol) o de violencia física (Lafuente, 2008).

Durante los nueve meses que aproximadamente se extenderá la gestación, se producirán en la mujer, como hemos venido describiendo en anteriores capítulos, profundas adaptaciones físicas y psíquicas que repercutirán en grandes transformaciones físicas y psicológicas (Armengol et al., 2007). Conocer entonces cómo se adaptan las gestantes no es una tarea sencilla y es además foco de interés para investigadores como Lafuente (2008), Pires (2010) o de Coronel, Parada, Vélez y Ospino (2013).

La población en general, identifica y delimita colectivos que por diversas causas, se encuentran en situación de desventaja social y que habitualmente, muestran una integración social más deficiente, como puede ser el caso de adolescentes que están experimentando situaciones difíciles por múltiples causas (Sánchez Teruel y Robles Bello, 2013). Esta es la situación de muchas de nuestras gestantes adolescentes, quienes

pueden ser vulnerables a los cambios sociales y económicos que se generan en su entorno con la llegada del embarazo.

Para Lafuente (2008), la adaptación de la gestante a ese embarazo tiene que ver, con la aproximación afectiva al feto a través del pensamiento, por ejemplo, al imaginar cómo será el bebé, al hacerse una idea del carácter de su hijo... Desear, planificar y aceptar el embarazo es la mejor forma de realizar una adecuada transición a la maternidad. Sin embargo, ser hijos de padres ausentes, estar enfermos, encontrarse en situación de desempleo, y además con una economía precaria, o ser menores que viven con su familia extensa (abuelos, tíos u otros parientes), son algunas de las situaciones que influyen en la constitución de exclusión (Sánchez-Teruel y Robles Bello, 2013), y que además dificultarán la adaptación de la gestante a la maternidad.

Al referirnos a la adaptación a gestación implicamos intrínsecamente la adaptación a la maternidad, es decir, nos referimos a la capacidad por la cual la adolescente va a poder ir acomodándose/amoldándose a su medio. Para Sánchez Teruel y Robles bello, (2013) se diría que una persona o un colectivo está ajustado o adaptado cuando es capaz de aprovechar los recursos que su medio social le aporta y muestra un comportamiento que coincide con el que el entorno espera de él.

Esta adaptación precisa de atención por parte de diferentes sectores de la sociedad, como pormenorizan Atuyambe, Mirembe, Annika, Kirumira y Faxelid (2008), *“las adolescentes embarazadas buscan atención sanitaria en los sectores modernos y tradicionales de salud con el fin de conseguir seguridad y empatía”*. Por consiguiente, esta adaptación gestacional podrá conectar estrechamente con ese deseo de seguridad y empatía que las adolescentes precisan y necesitan encontrar y que mediarán positivamente en su embarazo.

La adaptación prenatal puede tener extensos beneficios y consecuencias en el feto y en la calidad de vinculación que se establecerá entre la madre y el hijo. Es por eso, que Lafuente (2008) informa sobre hallazgos empíricos que sugieren que el estado psicológico de la gestante, su autoaceptación y la calidad de la relación que mantiene con la pareja no sólo pueden contribuir a esta adaptación prenatal, sino también al desarrollo adecuado del bebé que espera.

Investigaciones recientes como las de Sadler, Novick, Meadows-Oliver (2016) identifican la funcionalidad reflexiva o “RF” como *“la capacidad de imaginar los*

pensamientos, sentimientos, necesidades e intenciones dentro de uno mismo y de los demás”, estos autores aseveran que para la “crianza sensible” es fundamental esta funcionalidad que, sin embargo, no se halló en las adolescentes embarazadas de su muestra. Nuevamente se observaron problemas de desarrollo en las participantes, así como problemas en los entornos familiares y vecinales. Este estudio concluye con la descripción de una capacidad limitada de “RF” por parte de las adolescentes, siendo además las relaciones con sus parejas ambivalentes y difíciles.

Según Palacios (2015), cualquier persona independientemente de la circunstancia en la que se encuentre, puede beneficiarse de su relación con un *Grupo de Apoyo o Grupo de ayuda mutua*, pues, aunque los miembros de ese grupo puedan ser muy diferentes entre sí, está demostrado que los que asisten a ellos tienen mejor calidad de vida.

En consonancia con lo expuesto, resulta oportuno preguntarse: ¿cuándo podemos considerar que hay un ajuste o adaptación en este colectivo? Para poder responder de forma adecuada a la pregunta deberíamos evaluar el funcionamiento de la gestante en sus diferentes contextos. Conforme mejor sea el ajuste y en mayores contextos, mayor será su adaptación.

Para lograr una mejora de este ajuste, hay que fomentar intervenciones tempranas, la pareja en este ajuste es sustancial, ya que si la relación de pareja es de calidad, también mejorará la calidad de vida mental y física de cada uno de los futuros padres, y por tanto, estaremos fomentando la adaptación a la maternidad y el desarrollo óptimo del nuevo ser. Prueba de ello, son los artículos de autores como Kershaw, Murphy, Divney, Magriples, Niccolai y Gordon (2013) que exhiben una vinculación significativa entre la relación de pareja durante el embarazo adolescente y la calidad mental y física de la vida de las parejas jóvenes que esperaban un bebé.

En definitiva, hay investigaciones optimistas, tal y como apuntan Chase et al. (2006), que estudian experiencias positivas en aquellos adolescentes y jóvenes que se están aproximando a ser padres, incluyendo el logro de una mayor identidad de estatus, placer y emociones intensas. En algunos casos, llegan a mejorar sus relaciones con los padres y con la familia (Musick, 1993; Tabberer, Prendergast y Webster, 2000 citados en Chase et al., 2006; Hanna 2001). Al mismo tiempo, el embarazo puede ser una manera de proveer a las adolescentes del amor que necesitan y poder convertir a esa

persona a la que aman en el eje de su vida (Corlyon y McGuire, 1999 en Chase et al., 2006). En todo este proceso, la gestante puede llegar a dar sentido a su vida. En definitiva, tanto su personalidad como su entorno mediatizarán el desarrollo del rol materno.

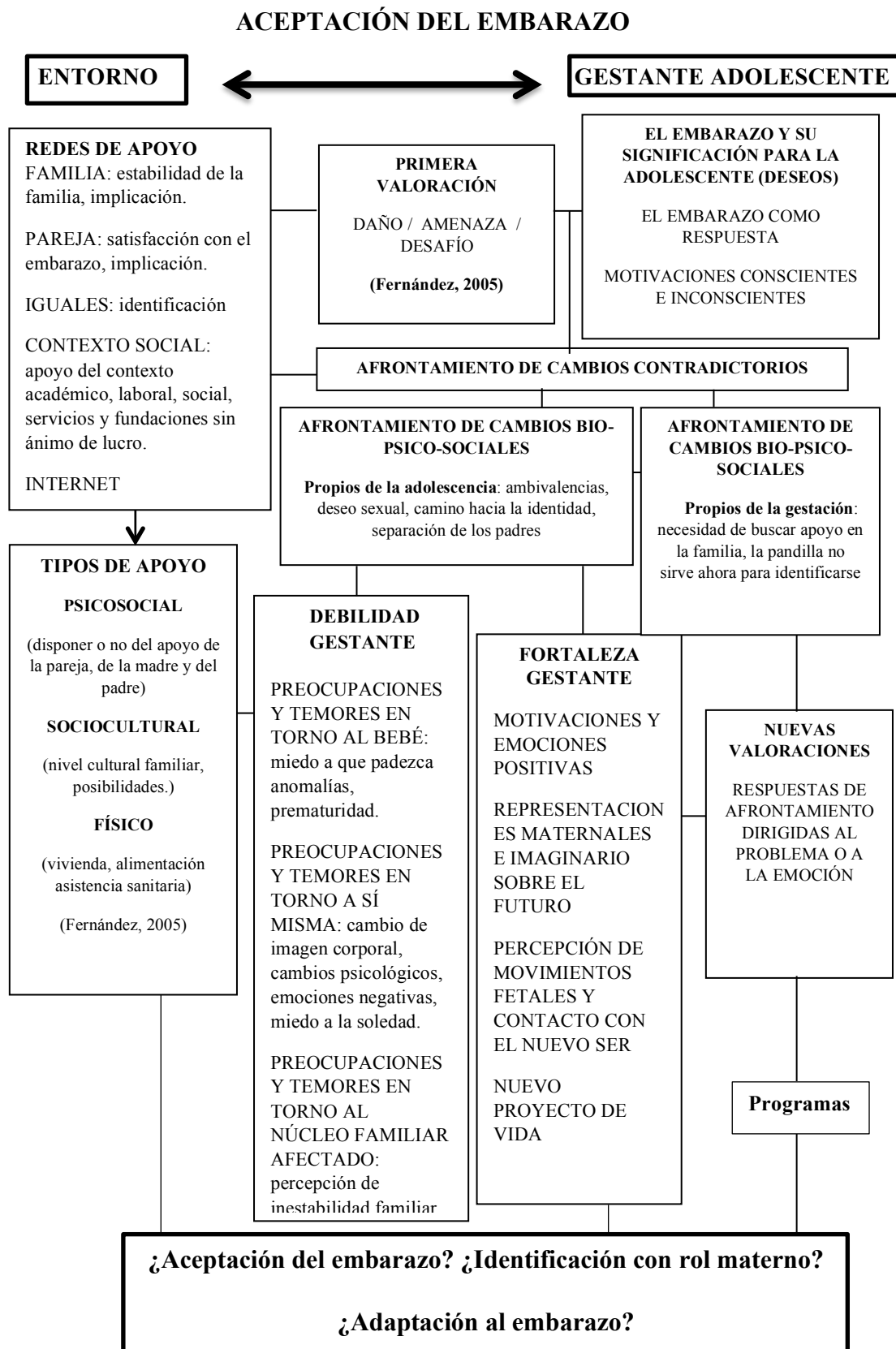
Tras dilucidar a lo largo de este capítulo algunas cuestiones vinculadas a factores que están en juego en esta adaptación tan particular a la gestación, las reflexiones que han surgido nos han conducido a acentuar la importancia de regular el equilibrio personal. Pues no sólo la calidad de la relación entre los miembros de la pareja o el apoyo social, van a ser determinantes en la adaptación final, simultáneamente, esta adaptación, dependerá de uno mismo y de sus habilidades y competencias particulares de las que disponga.

A lo largo de este estudio, hemos abordado los conflictos en embarazadas adolescentes los cuáles no provienen exclusivamente de las propias molestias físicas en sí, sino tendrán una base o naturaleza muy similar a la esterilidad psicógena: una base psicológica. La complejidad de la gestación pues, no reside exclusivamente o esencialmente en el hecho biológico, sino en el hecho psicológico, que acontece con gran intensidad.

En Figura 9.5 se presenta un esquema en el que se sintetizan todos y cada uno de los aspectos sobre los que hemos indagado en el marco teórico, especialmente en este capítulo 9.

Las adolescentes que han iniciado su separación con respecto a los adultos, con sus figuras paternas, sentirán que ese proceso de *individuación* se rompe con la llegada del bebé. Este bebé puede “romper esa individuación” al necesitar de nuevo a esos adultos para su cuidado (Fajardo y Vicente, 1998).

Figura 9.5. Aceptación del embarazo. Síntesis de todo el marco teórico abordado.



Fuente: Elaboración propia, a partir del marco teórico elaborado en Capítulo 9 (Fernández, 2005 y otros).

Segunda parte: Marco empírico

“Cuanto más sólido, bien definido y espléndido es el edificio erigido por el entendimiento, más imperioso es el deseo de la vida... por escapar de él hacia la libertad.” Feyerabend, 1981.

Capítulo 10

“Las revoluciones científicas consisten en que un problema de investigación reemplaza a otro superándolo de un modo progresivo” Imre Lakatos, 1982.

CAPÍTULO 10: METODOLOGÍA

Tras este marco teórico, donde han sido efectuadas una justificación e introducción de objetivos a alcanzar, a continuación se presentarán de forma pormenorizada, las variables objeto de estudio y las hipótesis empleadas en la investigación. Así mismo, y de forma complementaria, se llevará a efecto la sistematización, es decir, una descripción de la muestra, instrumentos, procedimiento y análisis de resultados obtenidos.

La metodología seleccionada parte de una exploración exhaustiva de la literatura científica especializada y afín al marco teórico propuesto. Dicha metodología se nutre también de consultas realizadas a profesionales vinculados a este tema: trabajadores de fundaciones sin ánimo de lucro y centros de madres, otros profesionales que han investigado en esta temática, así como matronas en contacto directo con parte de la muestra.

10.1 Delimitación del problema: planteamiento de la investigación

Categorizar a nuestras gestantes conlleva partir de la consideración de que el embarazo adolescente puede constituir una realidad que difiere, al menos en algunos aspectos, a la gestación adulta.

El centro de interés de esta investigación recae en el estudio psicosocial de la gestación que tiene lugar en adolescentes españolas. Por tanto, el análisis psicosocial de lo que expresa la adolescente con su embarazo y cómo puede afrontarlo, constituyen dos ejes fundamentales de estudio.

Tal y como indicaba Lafuente (2008), la maternidad precisa de un proceso de “adaptación”, pues la gestante tiene que comenzar a aproximarse afectivamente al bebé, necesita prepararse para su crianza y aprender a compatibilizar los roles a desempeñar (Lafuente, 2008). La maternidad constituye para muchas gestantes un comienzo de un nuevo proyecto de vida (Abaúnza, 2012).

Tras la aproximación al marco teórico que contextualiza este estudio y desde un punto de vista psicosocial, delimitamos a continuación nuestro objetivo principal: *“conocer cómo es el proceso gestacional en una muestra de embarazadas adolescentes españolas, es decir, profundizar en la comprensión de cómo se adaptan a los cambios que una gestación implica, así como aportar conclusiones que posibiliten el diseño de un modelo de intervención que pueda mejorar dicha adaptación”*.

Con el fin de lograr y cumplir con el citado objetivo general, a continuación se formularán los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las gestantes de la muestra.
2. Describir los principales cambios experimentados por las adolescentes en su gestación, desde su vulnerabilidad y fortaleza percibidas.
3. Analizar el proceso de adaptación a la gestación, mediante el estudio de las dimensiones siguientes: *aceptación del embarazo, preparación al parto, identificación con el rol materno, calidad de relación con la madre y calidad de relación con la pareja*. A este análisis, se incorporarán también las observaciones y resultados obtenidos vinculados a la dimensión *calidad de relación con el padre*.
4. Analizar determinados aspectos vitales de su infancia y del matrimonio de sus padres para conocer algunas características y antecedentes familiares a esa prematura gestación.
5. Identificar algunas características de la personalidad de las gestantes que pueden condicionar de algún modo la propia gestación.

10.2. Hipótesis de investigación

Una hipótesis es una tentativa y un enunciado verificable acerca de las relación existente entre causas y consecuencias (Gerrig y Zimbardo, 2005, p.24). Según estos autores, las hipótesis se expresan de modo que anticipan ciertos resultados a partir de unas determinadas condiciones.

Las hipótesis que a continuación se van a formular, conformarán el hilo conductor del proyecto, y fueron planteadas a raíz de artículos publicados con anterioridad a este estudio. Éstas serán las siguientes:

Edad de la gestante

- Las gestantes de la muestra mayores de edad se adaptan al embarazo significativamente mejor que las menores de edad.

Calidad de relación que mantiene con personas significativas

- A medida que la calidad de la relación entre la gestante y su pareja sea mayor también lo será su adaptación al embarazo.
- A medida que aumenta la calidad de la relación entre la gestante y sus figuras paterna y materna, también lo hará su nivel de adaptación al embarazo.

Aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, preparación al parto y preocupación por el bebé durante el embarazo

- El hecho de que la gestante considere que el momento en el que se quedó embarazada fue en general un buen momento, correlacionará positivamente con la aceptación del embarazo.
- El que la pareja y la gestante dialoguen sobre el bebé con frecuencia antes de su nacimiento correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo.
- El que la gestante pueda contar con el apoyo de su pareja durante el parto correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo.
- El que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo.
- La identificación satisfactoria con el rol materno correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo.

Valoración sobre el matrimonio de los padres y el trato recibido por ellos durante su infancia

- La valoración que la gestante realice sobre el matrimonio de los padres, así como de la percepción del afecto que recibió de ellos en la infancia, correlacionará positivamente con la adaptación a su embarazo.

Valoración sobre los rasgos emocionales de personalidad durante la gestación

- Las percepciones negativas que la gestante pueda mantener durante su embarazo, como por ejemplo: “*creer que la vida no merece la pena*” o “*mantener una actitud*

pesimista frente a su incipiente gestación”, se relacionarán significativamente con una adaptación más deficiente al embarazo.

Tras la comprobación de cada una de estas hipótesis planteadas y resueltas entre los diferentes apartados del próximo capítulo, se originaron otras relaciones, y por tanto, otras hipótesis pudieron confirmarse. A lo largo del marco empírico, se irán formulando y comprobando hipótesis nuevas que complementarán a las citadas.

10.3. Propuesta metodológica

La propuesta metodológica de este trabajo se desarrolla en el marco de dos contextos diferentes: las fundaciones sin ánimo de lucro: Provida y Red Madre, y las redes sociales: Tuenti y Facebook.

Ambas fundaciones sin ánimo de lucro, Provida y Red Madre, son servicios a nivel nacional vinculados a la intervención social con sedes ubicadas en las diferentes comunidades autónomas. El objetivo de estas fundaciones es dar respuestas a las demandas de atención social procedentes de gestantes y madres en situación desfavorable. Estas dos fundaciones posibilitaron la obtención de gestantes como muestra de investigación.

Si bien, fueron las redes sociales Facebook y Tuenti, las que facilitaron el acceso a gran parte de la muestra, pues gracias a ellas se pudo contactar con gestantes adolescentes de toda la geografía española. Gestantes adolescentes, que además, estaban conectadas a grupos de embarazadas y madres jóvenes que compartían una misma realidad en internet: *“hacerse madres”*.

10.4. La muestra: objeto de investigación

La muestra objeto de investigación la conforman 56 adolescentes españolas con edades comprendidas entre 14 y 20 años, siendo seleccionada entre febrero de 2014 y mayo de 2015. De las 56 gestantes que componían la muestra, 28 de ellas tenían entre 18 y 20 años; donde 7 gestantes tenían 20 años, 14 de ellas tenían 19 años y otras 7 tenían 18 años. Asimismo, la muestra también incluye 27 gestantes de entre 15 y 17 años, donde 10 tenían 17 años, 13 tenían 16 años y 4 tenían 15 años. Finalmente, se incorporó una gestante de 14 años a la investigación antes de cerrar definitivamente la muestra.

El tipo de muestreo empleado fue el muestreo no probabilístico, cuya consecuencia directa es que atenta a la validez externa de nuestro estudio y a su representatividad en la población de gestantes españolas. No obstante, se ha optado por definir unas categorías de interés en la población, como por ejemplo: que cumplieran cierto criterio de edad, que fueran primigestas, que tuvieran la posibilidad de acceder a nuevas tecnologías, o que tuvieran un nivel cultural suficiente que les posibilitase la cumplimentación adecuada de los cuestionarios diseñados.

La dificultad que supone este muestreo “*por cuotas*” es que en nuestro caso, como sucede en otras investigaciones, desconocemos las proporciones generales de la población de gestantes españolas que cumplen determinados criterios. En este sentido, por ejemplo, desconocemos el número de gestantes españolas embarazadas con edades comprendidas entre los 14 y 20 años que tienen acceso a las nuevas tecnologías. En consecuencia, no podemos ofrecer las garantías que un muestreo probabilístico y además por cuotas, sí podría aportar a nuestra investigación.

Al ser una muestra de difícil localización, el procedimiento “*bola de nieve*” “*frecuentemente empleado en la investigación psicosocial*” (Cubo et al., 2011, p.131) también se llevó a efecto. Este procedimiento se caracteriza porque en la muestra se identifican casos y esos casos sirven para identificar nuevos casos, y así sucesivamente, hasta llegar a un número de casos determinados. Este procedimiento además se suele utilizar en investigaciones con drogodependientes, tal y como señalan Cubo et al. (2011).

En lo que respecta a la muestra, sería una muestra de conveniencia, pues han sido seleccionados todos los casos disponibles de acuerdo a los criterios establecidos. El número de participantes fue reducido, dada la especial vulnerabilidad de estas gestantes y su baja predisposición a responder a varios cuestionarios y un registro de datos extenso.

Los criterios empleados en la restricción de la muestra fueron los siguientes:

1. No fueron incluidas en la muestra adolescentes mayores de 20 años.
2. Se descartaron las gestantes que no fueron primerizas.
3. No fueron incluidas en la muestra las adolescentes que padecían enfermedades graves, las cuáles podían dificultar la cumplimentación y/o recogida de datos.

4. Se descartaron igualmente, aquellas cuyo nivel sociocultural les imposibilitaba responder al cuestionario aun recibiendo ayuda específica.
5. No fueron incluidas las adolescentes que no disponían de recursos tecnológicos que facilitasen la recogida de información en la investigación.
6. Otro criterio de selección de muestra tuvo en cuenta la plena disponibilidad para aportar información confidencial durante el proceso de investigación y para responder a los cuestionarios y dudas derivadas del mismo.

En los casos en los que fue posible efectuarlas, se procedió a la realización de llamadas telefónicas a través de las cuáles, se explicaba aquello que suponía una dificultad a la hora de entender correctamente lo que se estaba preguntado, logrando no sólo una mayor comprensión, sino también, una mayor cantidad y calidad de información que se desprendía de todo el proceso. Asimismo, a lo largo de toda la investigación, se mantuvo contacto directo continuado con dos de ellas (una gestante de 19 años, y otra de 16 años). Con el resto de muestra, el contacto fue puntual y específico, limitado a cuestiones que solicitaba la investigación.

10.5 Variables principales de investigación

A continuación, se identifican las variables principales que forman parte del estudio, cada una de ellas responde a un ítem, o bien a conjunto de ítems, algunos de ellos vinculados a dimensiones de cuestionarios, que en apartados posteriores se describirán pormenorizadamente.

VD:

Adaptación al embarazo
Aceptación del embarazo

VI:

- Aceptación del embarazo
- Identificación con el rol materno
- Preparación al parto
- Preocupación por sí misma y por el bebé
- Calidad de relación con la madre
- Calidad de relación con el padre

- Calidad de relación con el futuro padre del bebé
- Valoración del matrimonio de los padres durante su infancia
- Afecto recibido por los padres durante su infancia
- Percepción que poseen de sí mismas

10.6. Diseño de investigación y procedimiento de recogida de datos

En lo que respecta al diseño de investigación y al procedimiento de recogida de datos se optó por la utilización de cuestionarios y entrevistas a través de una participación libre y voluntaria. Los objetivos del estudio fueron explicitados antes y durante el momento de aplicación, garantizando la confidencialidad de los testimonios.

De acuerdo con los objetivos propuestos en el planteamiento, el procedimiento ha sido estructurado en fases, acordes a la recogida y análisis de datos en cada una de las etapas de investigación.

La primera fase supuso una búsqueda y selección aleatoria de embarazadas adolescentes, que se estimó que podían cumplir con los requisitos definidos previamente para la investigación. Esta selección se realizó a través de las redes sociales “*Tuenti*” y “*Facebook*”, ya que en ellas predominan grupos de adolescentes embarazadas y madres de toda España.

Simultáneamente, se efectuaron llamadas telefónicas a centros de madres adolescentes, se establecieron contactos con Red Madre y Provida en España, así como consultas a matronas extremeñas para obtener posibles participantes. Una matrona de la provincia de Badajoz colaboró en la difusión del cuestionario entre su grupo de embarazadas y madres que participaban en su blog personal. Como resultado de esta colaboración se agilizó e incrementó el volumen de la muestra.

Posteriormente a esta primera fase, se procedió al envío de solicitudes de participación, siempre vía telemática. Las propias participantes difundieron la temática de investigación en su entorno social más próximo, lo que favoreció que por cada participante que se incorporaba, otra posible voluntaria se unía y solicitaba información. De ese modo, el cuestionario iba difundiéndose por las redes sociales y se incorporaban nuevas posibles participantes.

Una vez obtenida la información pertinente y básica de participación, a través de dos enlaces online a cuestionarios y preguntas abiertas en Google Drive, sus respuestas

fueron examinadas. La información obtenida era relativa a las variables sociodemográficas más básicas, de cuáles deseábamos obtener datos: procedencia, edad, estado civil y otros aspectos de interés para el estudio. En forma de preguntas abiertas, también se procedió a la recogida de datos en torno a los principales cambios y percepciones que sostenían en torno a la gestación.

La metodología empleada en esta fase ha posibilitado que cada participante pudiera expresar su opinión libre y subjetiva. Además, al tener que expresar y escribir sus respuestas vía online, sin tener que estar presente físicamente ningún entrevistador, se fomentaba su libertad de expresión.

A modo de síntesis se ha efectuado:

1. Una búsqueda y selección de entrevistas y cuestionarios. Se eligieron aquellos cuestionarios que cumplieran con los criterios de fiabilidad y validez.
2. Realización de llamadas telefónicas y envío de correos electrónicos, manteniendo conversaciones en redes sociales, solicitando permisos, así como entrevistas a través de mensajería instantánea y cumplimentación de cuestionarios a través de Google Drive.
3. Análisis descriptivo e inferencial para explorar el proceso gestacional.
4. Análisis inferencial para conocer la adaptación al proceso gestacional.
5. Descripción de un caso.
6. Exposición de conclusiones al respecto y diseño provisional de un programa.

10.7 Instrumentos de medida

Para continuar con este razonamiento de un modo científico y fehaciente, fueron empleados cuestionarios y entrevistas como medio de obtención de información y relación con las participantes de la muestra. Los cuestionarios y preguntas abiertas fueron administrados y recogidos mediante Google Drive.

10.7.1 Entrevistas

Las entrevistas sirvieron de rapport para la posterior aplicación de cuestionarios. El objetivo de estas entrevistas era examinar los detalles del proceso y así poder operar y evaluar cualitativamente cómo había transcurrido la gestación. Se recopilaron datos

sociodemográficos y de interés general, que posteriormente, darían paso al planteamiento y estudio del tema.

En esta recopilación de datos cualitativos se recogió información relativa a: por un lado, sus datos sociodemográficos más básicos y de interés general, por otro lado, su vida e historia familiar (relaciones, conflictos, pérdidas de personas significativas) y por último, se registró información relacionada específicamente con su modo de afrontar la gestación.

10.7.2 Cuestionarios

10.7.2.1 Cuestionario de Valoración del matrimonio de sus padres y Afecto recibido en la infancia (Vallejo, 1998)

En este cuestionario se evalúa la percepción que las gestantes poseen sobre la calidad de la convivencia familiar que disfrutaron durante su infancia y el afecto recibido por parte de sus progenitores. Incluye también, el nivel de confianza mutua entre los padres, el tiempo que pasaban juntos, las manifestaciones de cariño, la frecuencia de las discusiones que mantenían y cómo fueron tratadas en la infancia. Es decir, esta entrevista refleja el afecto que ellas recibieron de sus progenitores entre los 7 y los 12 años.

Se trata de una entrevista empleada por M^a Reyes Vallejo (1998) en su investigación, que además realizó a adolescentes gestantes de la provincia de Sevilla y que publicó en su Tesis Doctoral sobre el embarazo en la adolescencia en el año 1998. Esta entrevista puede aportar información cualitativa imprescindible a nuestra investigación.

Esta valoración del matrimonio de los padres así como el afecto recibido en la infancia por parte de ellos, aparecen reflejados en dos bloques dentro del Cuestionario General que elaboró Vallejo.

En este cuestionario se comprobó la fiabilidad del mismo y una vez eliminados los ítems que presentaban una correlación baja, la autora obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91 para la escala referida al matrimonio de los padres. En lo que respecta a cómo fueron tratadas en la infancia, es decir, al afecto que recibieron de sus padres, se obtuvo un valor de alfa de 0,85.

10.7.2.2 Cuestionario de Valoración de rasgos emocionales de personalidad (Vallejo, 1998)

Este cuestionario incluye cinco subescalas, tres de ellas vinculadas a tres componentes neuróticos (ansiedad, depresión y hostilidad) y dos referidas a extraversión (emociones positivas y calidad de afecto). Este cuestionario es una combinación del Inventario de Personalidad NEO de Costa y McCrae (1978, 1985) y otros de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (1959).

Para interpretar los resultados, Vallejo (1998) empleó un criterio basado en la consideración de puntuaciones elevadas como índice positivo y las puntuaciones más bajas como deficiencias en el aspecto evaluado. Se comprobó la fiabilidad del mismo y una vez eliminados los ítems que presentaban una correlación baja, la autora obtuvo un alfa de Cronbach de 0,74, que reflejaría un índice de fiabilidad aceptable.

10.7.2.3 Cuestionario: Evaluación Prenatal de Lederman (1996) adaptado por Armengol, Chamarro y García Dié (2007)

El cuestionario de Evaluación Prenatal de Armengol et al. (2007) es el instrumento principal de esta investigación.

El Cuestionario de Adaptación Prenatal fue diseñado originariamente por Regina Lederman en el año 1996. Dispone de siete dimensiones que describirían el proceso psicosocial por el que transita toda mujer durante su embarazo. Las siete dimensiones de adaptación materna aportadas por el equipo de Lederman (1996) corresponden a la motivación y aceptación que experimentan las gestantes durante el embarazo, así como también se relaciona con los procesos involucrados en la evolución del papel maternal, y otros procesos de preparación emocional. Los ítems del cuestionario posibilitan además, la evaluación de la adaptación prenatal materna.

Este cuestionario responde a un vacío en la evaluación psicosocial de la gestación, y muestra en este sentido, cualidades psicométricas aceptables, consistencia interna e indicio de poseer validez predictiva. Armengol et al. (2007) verificaron empíricamente seis dimensiones de las siete dimensiones propuestas en un principio por Lederman. Estas dimensiones fueron: aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, calidad de relación con la madre, calidad de relación con la pareja, preparación al parto, preocupación por sí misma y por el bebé.

Este cuestionario puede aplicarse mediante administración individual o también colectiva. Cuenta con 42 ítems y el tiempo aproximado de aplicación es de 30 minutos. La escala de valoración comprende los valores: “*nunca*”, “*a veces*”, “*mucho*” y “*siempre*”. La población a la que va dirigida es principalmente población gestante sin límite de edad. En relación a las propiedades psicométricas, su fiabilidad, según el alpha de Cronbach sería alta: 0,856.

El valor del coeficiente Theta ($\theta=0.93$) también nos indicaría la aceptable unidimensionalidad del constructo evaluado (Muñiz, 1992; Carmines y Zeller, 1979 citado por Armengol et al. (2007). Posee validez y el proceso de validación se realizó con adolescentes, esta versión cumple con todas las propiedades psicométricas básicas: una adecuada fiabilidad y validez.

10.8 Análisis de los datos

Una vez seleccionados los instrumentos de evaluación, se procedió al tratamiento estadístico de los mismos con el soporte informático SPSS para Windows, versión 18. Los diferentes estudios estadísticos que se llevaron a efecto fueron:

1. Análisis descriptivo: con el objetivo de conocer la distribución de la muestra en cada una de las variables objeto de nuestra investigación.
2. Análisis de correlaciones: con la finalidad de conocer la relación existente entre diferentes variables del estudio.
3. Diseño factorial: con el fin de observar el efecto de variables independientes sobre variables dependientes.

Los análisis estadísticos de los datos efectuados en esta muestra exigen una necesaria “replicabilidad” futura con nuevas muestras, ya que la muestra empleada es bastante reducida y además, el número de variables implicadas es elevado. Todos los análisis a efectuar (descriptivos, inferenciales) proporcionarán unas conclusiones, pero éstas también se complementarán con las observaciones y entrevistas realizadas.

El marco teórico nutre el proceso de investigación y es de donde parte toda investigación, así para Hernández Pina (1997) citado por Cubo et al. (2011), “*las hipótesis se enmarcarán alrededor del marco teórico de la investigación, de los conocimientos poseídos y del problema de investigación*” (p.73).

Capítulo 11

“Muy al contrario, surge la sospecha de que la ausencia de grandes dificultades es el resultado de la disminución en contenido empírico provocado por la eliminación de alternativas, y de los hechos que pueden descubrirse con su ayuda.”

Feyerabend, 1986; p.11. “Tratado contra el método”

CAPÍTULO 11: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, y de acuerdo a los objetivos propuestos, se detallan los resultados obtenidos en la muestra objeto de estudio. En primer lugar, se presentará una descripción sociodemográfica y posteriormente, se acometerá un análisis descriptivo e inferencial de los resultados a partir de cada instrumento empleado.

11.1 Caracterización descriptiva sociodemográfica

Estimamos que, desde un punto de vista psicosocial, si pretendemos profundizar en cómo son las participantes de la muestra, no podemos limitarnos a conocer datos sociodemográficos muy básicos (edad, residencia o estado civil), pues, también resulta interesante conocer otras variables de interés, como por ejemplo: el nivel de estudios alcanzado, el tipo de familia a la que pertenece, los apoyos deseados, o incluso, los apoyos reales disponibles durante su embarazo.

Con el fin de lograr nuestro propósito y siendo necesario un esfuerzo investigador, a continuación, se analizarán descriptivamente y de forma pormenorizada, las variables sociodemográficas y otras de interés general que, incitarán a la exploración del efecto que cada una de ellas puede ejercer sobre la gestación adolescente.

Edad

Si atendemos a la variable “*edad*”, observamos cómo nuestra muestra consta de 56 adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años. El 7,1% de las gestantes (4 gestantes) tiene 15 años, un 23,2% tiene 16 años, el 17,9% 17 años, y otro 12,5% corresponde a la parte de la muestra que tiene 18 años.

En total se contabilizan 28 gestantes de entre 14 y 17 años y otras 28 adolescentes de entre 18 y 20 años. La muestra cuenta con una única gestante de 14 años.

Esta agrupación nos permite poder comparar ambos grupos de gestantes y determinar qué diferencias pueden existir entre ellas en función de cada variable seleccionada.

Tabla 11.1 Estadísticos de frecuencias

Edad de las gestantes

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| 14 | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| 15 | 4 | 7,1 | 7,1 | 8,9 |
| 16 | 13 | 23,2 | 23,2 | 32,1 |
| 17 | 10 | 17,9 | 17,9 | 50,0 |
| 18 | 7 | 12,5 | 12,5 | 62,5 |
| Válidos 19 | 14 | 25,0 | 25,0 | 87,5 |
| 20 | 7 | 12,5 | 12,5 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Estos porcentajes resultantes no son representativos de la población gestante adolescente española, ya que la muestra no ha podido ser seleccionada mediante procedimientos probabilísticos rigurosos. Por ello, únicamente podemos generalizar los resultados a nuestra muestra objeto de estudio.

Si atendemos a los principales parámetros descriptivos podemos determinar que:

- La media de edad de la muestra es de 17,57 años.
- La moda es 19, pues es el dato más común y el que más se repite.
- La mediana es de 17,5 años, es decir, el 50% de los datos de nuestra muestra pertenecen a menores de edad y otro 50% son mayores de esa edad.

Tabla 11.2 Parámetros descriptivos: media, mediana, moda*Edad de las gestantes*

| | | Planificación del embarazo | Edad de la gestante |
|-------------|----------|----------------------------|---------------------|
| N | Válidos | 56 | 56 |
| | Perdidos | 0 | 0 |
| Media | | | 17,57 |
| Mediana | | | 17,50 |
| Moda | | | 19 |
| Desv. típ. | | | 1,628 |
| Varianza | | | 2,649 |
| Percentiles | 25 | | 16,00 |
| | 50 | | 17,50 |

Planificación del embarazo

En el análisis descriptivo de la variable “*planificación del embarazo*” extraemos la evidencia de que la mayor parte de los individuos participantes (83,9 %) no planificó el embarazo.

La “*no planificación del embarazo*” no implica directamente la negación del deseo de ser madre. Puede ser que, como indicábamos en el marco teórico, la gestante desee tener un bebé, aunque no llegue a planificar su embarazo. Por esta razón, con frecuencia las gestantes se ven implicadas en una maternidad no esperada ni prevista, pero a medida que ésta transcurre, algunas reconocen en ellas un deseo imperioso de ser madres.

Tabla 11.3 Estadísticos de frecuencias*Planificación del embarazo*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No | 47 | 83,9 | 83,9 | 83,9 |
| | Si | 9 | 16,1 | 16,1 | 100,0 |
| Total | | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ocupación durante el embarazo

En lo que concierne a la “*ocupación de las gestantes durante el embarazo*”, identificamos cómo el 32,1% de la muestra asiste a las mismas clases a las que asistía con anterioridad al mismo. Por otra parte, el 16,1% afirma estar trabajando durante el embarazo, mientras otro 12,5% estudia aunque no asiste a clases presenciales. Lo más relevante de esta variable es que la mayor proporción de la muestra (39,3%) ni estudia ni trabaja durante su embarazo.

Respecto a este porcentaje de gestantes que ni estudia ni trabaja, sería interesante determinar si esa falta de ocupación se debe a su embarazo, si es por decisión personal o por condicionantes familiares, económicos o sociales.

En este sentido, habría que plantearse igualmente, si han abandonado los estudios opcionalmente o si se han visto “*obligadas*” a posponerlos. Convendría dilucidar también, si el abandono es fruto de una desmotivación temporal o si es la consecuencia de una decisión definitiva, reflexionada o incluso consensuada con su entorno familiar.

Tabla 11.4 Estadísticos de frecuencias

Ocupación durante el embarazo

| | Frecuencia | % |
|---|-------------------|----------|
| Estudio y asisto a las mismas clases a las que asistía antes de mi embarazo | 18 | 32,1 |
| Estudio durante el embarazo pero no asisto a las clases presenciales | 7 | 12,5 |
| Trabajo | 9 | 16,1 |
| No estoy ocupada en nada ahora mismo (no estudio ni trabajo) | 22 | 39,3 |
| Total | 56 | 100,0 |

Nivel de estudios

Aunque ya conocemos “*la ocupación*” de la muestra durante el embarazo, hemos de precisar cómo será nivel de estudios alcanzado por cada una de ellas.

La mitad de la muestra reflejó no haber finalizado Educación Secundaria Obligatoria durante su gestación, mientras que, por el contrario, prácticamente la otra mitad (41,1%) sí consiguió cumplir el objetivo académico propuesto.

Figura 11.1 Estadísticos de frecuencias

Nivel de estudios alcanzados



Como indica el gráfico, aproximadamente la mitad de las gestantes han puesto fin a sus estudios de educación secundaria. No obstante, gracias a las entrevistas se pudo dilucidar una realidad no tan optimista, ya que, durante el embarazo, una parte importante de la muestra frenó su continuidad académica. Un freno en principio “temporal”, que en algunos casos, llega a convertirse en “permanente” cuando no existe detrás una intervención u orientación psicosocial adecuada.

Estado civil

Con respecto al estado civil de las participantes, algo más de la mitad muestral (57,1%) alegó disfrutar de la compañía de su pareja y futuro padre de su hijo. Sin embargo, 18 futuras madres (32,1%) reconocieron no disponer del apoyo que el padre de su hijo podría proporcionar, siendo además solteras. Simultáneamente, hallamos 5 adolescentes prometidas (8,9%) y sólo una gestante que está casada. En ambos casos, las participantes fueron mayores de edad.

Tabla 11.5 Estadísticos de frecuencias

Estado civil

| | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| Mi pareja es el futuro padre de mi hijo y ejercerá como pareja y padre cuando nazca el bebé | 32 | 57,1 |
| Estoy soltera, el futuro padre de mi hijo ejercerá como padre pero no como pareja | 18 | 32,1 |
| Estoy prometida con el futuro padre de mi hijo | 5 | 8,9 |
| Estoy casada con el futuro padre de mi hijo | 1 | 1,8 |
| Total | 56 | 100,0 |

Comunidad autónoma de residencia

En la variable “*comunidad autónoma de residencia*” identificamos cómo gran parte de las gestantes españolas de la muestra residen en Extremadura (17), también podemos hallar adolescentes de Andalucía (9), de Comunidad Valenciana (7) o Madrid (6). El resto de gestantes se reparten entre otras comunidades autónomas como: Islas Canarias (4 gestantes), Castilla la Mancha (3 gestantes) y Cataluña (2 gestantes). Finalmente, también localizamos gestantes en las siguientes comunidades: 2 gestantes en Galicia, otras 2 adolescentes en Islas Baleares, 2 más en Castilla y León, una en Murcia y otra en Cantabria.

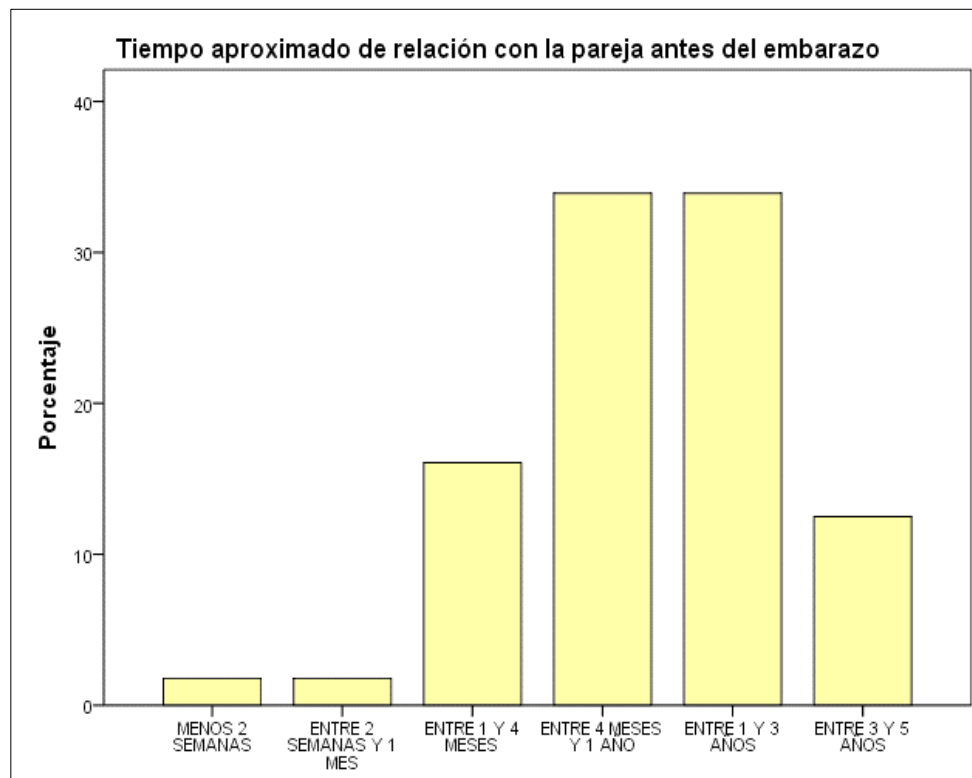
El hecho de que la mayor parte de las gestantes sean extremeñas no es un resultado representativo o generalizable a la población adolescente de nuestro país, ya que en nuestro caso hemos tenido mayor accesibilidad a esta muestra dada la ubicación del estudio.

Tiempo aproximado de relación con el futuro padre de su hijo antes de conocer su embarazo

Si atendemos a la variable “*tiempo aproximado de relación con el futuro padre de su hijo antes de conocer su embarazo*”, e independientemente de si durante su embarazo la adolescente mantenía o no una relación de pareja con éste, observaremos cómo predominan las relaciones de pareja duraderas frente a las esporádicas.

Figura 11.2 Estadísticos de frecuencias

Tiempo aproximado de relación



En este sentido, el 33,9% de las adolescentes afirmó mantener una relación de pareja que se prolongó “entre cuatro meses y un año”, mientras que para otro 33,9% esta relación se prolongaría “entre uno y tres años”.

El resto de los datos recogidos se reparten por igual, pues una de ellas tuvo una relación con el futuro padre de su hijo inferior a 2 semanas, y otra gestante, mantuvo una relación que se prolongó aproximadamente entre dos semanas y un mes.

Nivel cultural

En lo que concierne a la variable “nivel cultural”, el 41,1% muestral alegó poseer un nivel cultural medio, el 14,3% de ellas un nivel cultural medio-alto y otro 14,3% reconoció tener un nivel cultural medio-bajo.

Pereira et al. (2003) consideraba al respecto, que la variable social y cultural del adolescente no sería una simple variable secundaria que vendría a modificar el desarrollo, sino más bien sería un gran determinante del mismo.

Tabla 11.6 Estadísticos de frecuencias

Nivel cultural

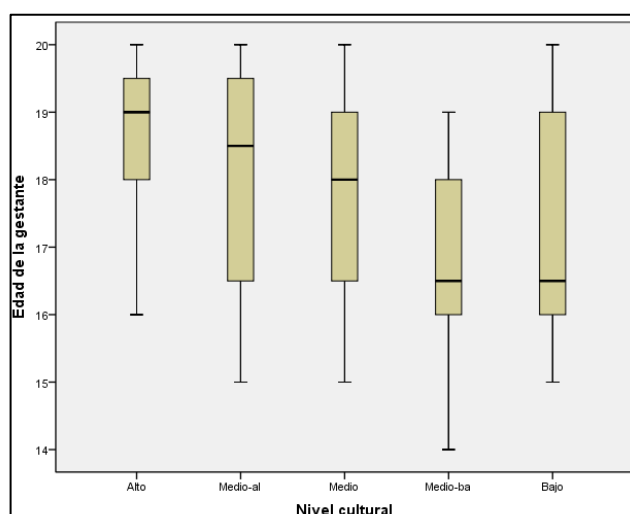
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Alto | 7 | 12,5 | 12,5 | 12,5 |
| | Bajo | 10 | 17,9 | 17,9 | 30,4 |
| | Medio | 23 | 41,1 | 41,1 | 71,4 |
| | Medio-alto | 8 | 14,3 | 14,3 | 85,7 |
| | Medio-bajo | 8 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Cabe precisar que, el nivel cultural es el percibido por ellas, por lo que no tiene por qué vincularse inmediatamente con la realidad, pues los cuestionarios fueron anónimos y no se les solicitaba ninguna prueba que confirmase su nivel. A pesar de que diez gestantes reconocieron poseer un nivel cultural bajo, éste no era lo suficientemente bajo como para impedirles responder adecuadamente a los ítems.

Desde un punto de vista descriptivo y complementario a los datos aportados por las gestantes, en Figura 11.3 podemos apreciar cómo a medida que el nivel cultural era mayor en la adolescente, la edad media de la gestante también lo era.

Figura 11.3 Estadísticos de frecuencias

Relación entre la edad de la gestante y nivel cultural



Nivel socioeconómico

En lo que respecta al nivel socioeconómico de la muestra, dado que una parte de ellas aún no se había emancipado, se consideró el nivel socioeconómico de su familia de

origen. Esta dependencia adolescente respecto a su familia se explicaría en parte, porque como defiende Perinat (2003), en la adolescencia del siglo XXI aún “*se mantiene a los adolescentes en un estado de semidependencia de la familia*” en lo que respecta a lo psicológico (en cuanto al infantilismo que les caracteriza) pero también a lo económico (p.83).

En este sentido, se puede apreciar en Tabla 11.7 la distribución de porcentajes: nivel medio-bajo (21 gestantes), medio-alto (15 gestantes) y nivel bajo (15 gestantes).

Tabla 11.7 Estadísticos de frecuencias

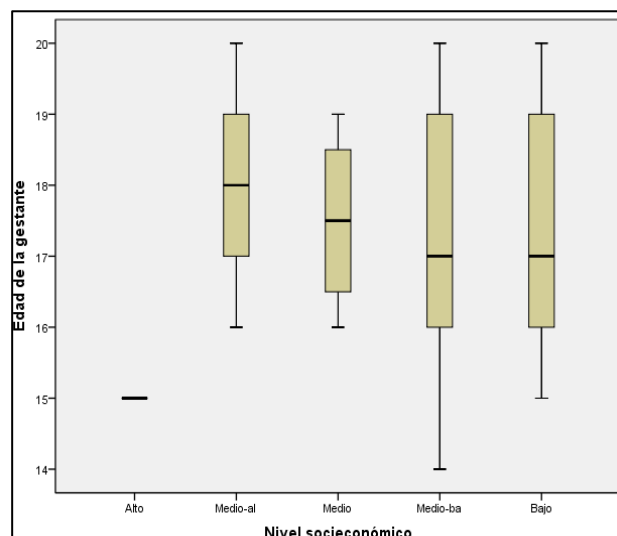
Nivel socioeconómico

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | | | | |
| Alto | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| Bajo | 15 | 26,8 | 26,8 | 28,6 |
| Medio | 4 | 7,1 | 7,1 | 35,7 |
| Medio-alto | 15 | 26,8 | 26,8 | 62,5 |
| Medio-bajo | 21 | 37,5 | 37,5 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Desde un punto de vista complementario a los datos aportados por las gestantes, Figura 11.4 aporta información descriptiva sobre cómo que a medida que el nivel socioeconómico es mayor en la muestra, la edad media de la gestante también lo es.

Figura 11.4 Estadísticos de frecuencias

Relación entre la edad de la gestante y el nivel socioeconómico



Este análisis efectuado es meramente descriptivo, por lo que no sería preciso evidenciar una significatividad en los resultados sin realizar el pertinente análisis inferencial. Lo que sí podemos deducir de la imagen es que contamos únicamente con una gestante que presenta un nivel socioeconómico alto y además tiene 15 años.

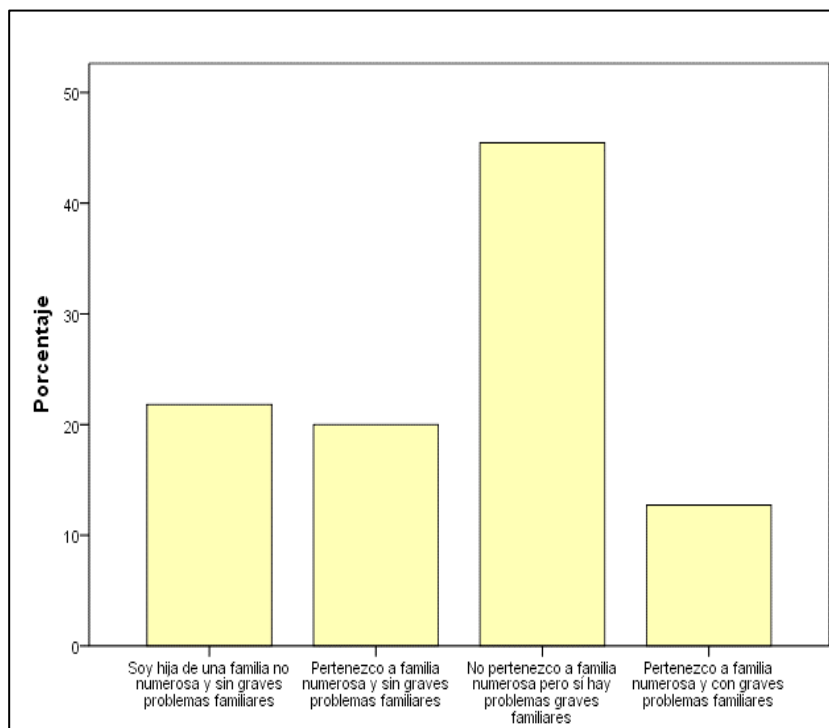
Tipo de familia a la que pertenece como hija

Si indagamos en la variable “*tipo de familia a la que pertenece como hija*”, se puede comprobar cómo el 46,4% de las gestantes alegó pertenecer a una familia numerosa y con graves problemas familiares. Algo menos de la mitad, es decir, un 21,4% sostuvo pertenecer a una familia no numerosa y sin graves problemas.

Los problemas familiares se dieron en un 58,9% de la muestra. En esta variable se mostraron ejemplos de problemas para facilitar su identificación.

Figura 11.5 Estadísticos de frecuencias

Tipo de familia a la que pertenece como hija



El formar parte de una familia con graves problemas familiares (enfermedades graves, abandono de hogar, alcoholismo...) puede generar estrés y en el caso del adolescente, incluso interferir en la capacidad para afrontar otras presiones externas.

Tabla 11.8 Estadísticos de frecuencias

Tipo de familia a la que pertenece como hija

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Soy hija de una familia no numerosa y sin graves problemas familiares (divorcios conflictivos, enfermedades graves, graves conflictos familiares, abandono de hogar, alcoholismo...) | 12 | 21,4 |
| Pertenezco a familia numerosa y sin graves problemas familiares (divorcios conflictivos, enfermedades graves, graves conflictos familiares, abandono de hogar, alcoholismo...) | 11 | 19,6 |
| No pertenezco a familia numerosa pero sí hay problemas graves familiares (divorcios conflictivos, enfermedades graves, o bien graves conflictos familiares, abandono de hogar, alcoholismo...) | 26 | 46,4 |
| Pertenezco a familia numerosa y con graves problemas familiares (divorcios conflictivos, enfermedades graves, graves conflictos familiares, abandono de hogar, alcoholismo...) | 7 | 12,5 |
| Total | 56 | 100,0 |

De este modo, y gracias a las entrevistas efectuadas, entre los diferentes problemas graves que acontecieron en las familias de las gestantes se hallaron: divorcios conflictivos, enfermedades, graves conflictos familiares, abandono de hogar y alcoholismo.

Únicamente 7 gestantes pertenecían a familias numerosas e identificaron graves problemas familiares. El resto de la muestra, es decir 26 gestantes, no pertenecían a familias numerosas, pero sí acentuaron la existencia de problemas familiares de este tipo.

Estos resultados no son muy optimistas si partimos de que únicamente 23 gestantes negaron presenciar problemas familiares graves en sus familias de origen.

Cambio de residencia durante la gestación

En el análisis descriptivo de la variable “*cambio de residencia durante la gestación*” el 75% de las participantes alegó vivir con las mismas personas con las que residía antes del embarazo. Por otra parte, otro 25% modificó el lugar de residencia durante el mismo.

Las causas atribuibles a estos cambios de residencia fueron muy dispares. En las entrevistas podremos dilucidar mejor cómo y por qué surgieron estos desplazamientos.

Tabla 11.9 Estadísticos de frecuencias*Cambios de residencia durante la gestación*

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Antes del embarazo vivía con las mismas personas con las que vivo durante el embarazo | 42 | 75 |
| Durante el embarazo vivo con otras personas con las que no vivía antes de enterarme que estaba embarazada. | 14 | 25 |
| Total | 55 | 100,0 |

Personas con las que residía antes de su embarazo

En lo que concierne a la variable: “*personas con las que residía antes de la gestación*”, la mayor parte de los casos registrados arrojaron los siguientes resultados: mientras un 67,9% aún vivía con sus padres, únicamente 9 gestantes confirmaron residir con sus parejas. Gracias a las entrevistas realizadas se pudo esclarecer cómo la crisis económica o la falta de recursos, motivaron su permanencia en el hogar familiar.

En cuanto a la minoría muestral de los casos examinados, podemos identificar cómo una gestante vivía en un centro asistencial, otra gestante residía con sus abuelos y otra última con otros familiares, sin ser éstos sus padres.

Tabla 11.10 Estadísticos de frecuencias*Personas con las que residía antes de la gestación*

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Centro asistencial | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| Compañeros de piso | 4 | 7,1 | 7,1 | 8,9 |
| Abuelos | 1 | 1,8 | 1,8 | 10,7 |
| Familia extensa (no padres) | 1 | 1,8 | 1,8 | 12,5 |
| Válidos | | | | |
| Familia (padres) | 38 | 67,9 | 67,9 | 80,4 |
| Familia de la pareja | 2 | 3,6 | 3,6 | 83,9 |
| Pareja | 9 | 16,1 | 16,1 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Personas con las que reside durante la gestación

Al conocer los resultados de la variable: “*personas con las que reside durante la gestación*”, identificamos cómo la mayor parte ellas continúan viviendo con sus padres

(57,1%), y únicamente dos gestantes reconocieron residir con familiares sin ser éstos sus progenitores.

Tabla 11.11 Estadísticos de frecuencias

Personas con las que reside durante su gestación

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Compañeros de piso | 5 | 8,9 | 8,9 | 10,7 |
| Familia (padres) | 32 | 57,1 | 57,1 | 67,9 |
| Familia de la pareja | 4 | 7,2 | 5,4 | 73,2 |
| Familia extensa (no padres) | 2 | 3,6 | 3,6 | 76,8 |
| Pareja | 13 | 23,2 | 23,2 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Tras esta exposición de resultados, podemos evidenciar una leve disminución del porcentaje de gestantes que reside con sus padres durante el embarazo en comparación con la cifra de adolescentes que residía con ellos antes del mismo. Algunas participantes al conocer que esperaban un hijo experimentaron la necesidad de iniciar una vida separada de su núcleo familiar. Sin embargo, en muchos casos la inexperiencia en el cuidado del bebé les condujo a frenar este distanciamiento. Afortunadamente, hay familias que se muestran bastante colaborativas con la adolescente durante el embarazo.

No obstante, cabe reconocer, que se ha notado un leve descenso que puede deberse a que, tal vez algunas parejas disponen de recursos económicos suficientes, los cuales les han posibilitado poder independizarse, o bien la familia se los ha proporcionado y gracias a ellos, han podido iniciar una vida juntos (23,2 % del total).

Participación en redes sociales y/o grupos de madres o embarazadas de internet

En cuanto a la variable “*participación en redes sociales y/o grupos de madres o embarazadas de internet*”, casi la mitad de la muestra (44,6%) confirmó que utilizaba las redes sociales en su tiempo libre, aunque declaró también, no participar activamente en grupos de embarazadas y madres. Por otra parte, un 32,1% además de pertenecer a estas redes sociales, comentaba y visitaba activamente estos grupos (Tuenti y Facebook). En total, únicamente 13 gestantes negaron pertenecer a dichas redes sociales. Es evidente que internet está modificando el trato personal y las relaciones de las gestantes de nuestra investigación, transformando ineludiblemente su modo de interacción, no quedando reducido exclusivamente a su entorno más próximo.

Tabla 11.12 Estadísticos de frecuencias

Participación en redes sociales

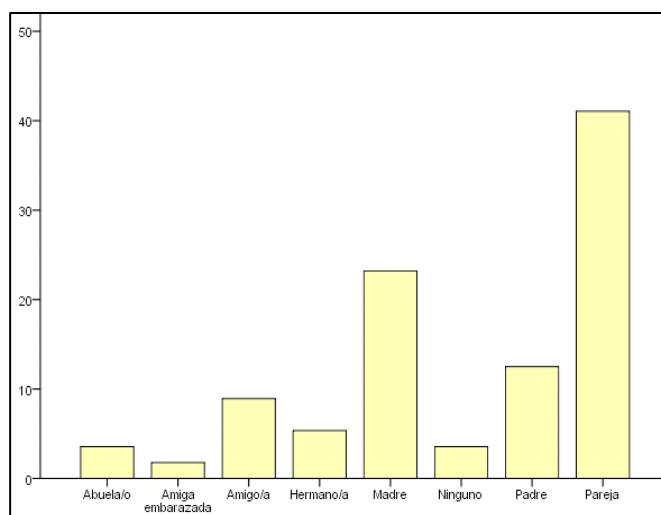
| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Pertenezco a estas redes sociales y además comento o escribo en grupos de madres y embarazadas en la red social | 18 | 32,1 |
| Pertenezco a redes sociales pero no escribo en grupos de embarazadas o madres adolescentes que comentan por internet | 25 | 44,6 |
| No pertenezco a estas redes sociales ni tampoco a los grupos de gestantes adolescentes | 13 | 23,2 |
| Total | 56 | 100,0 |

Figura identificada como significativa e imprescindible para afrontar un embarazo adolescente

Gracias a la exploración de la información extraída a partir de la variable “*figura identificada como significativa para afrontar un embarazo adolescente*” podemos concluir cómo el 41,1% de ellas eligió como figura imprescindible a la pareja a la hora de afrontar un embarazo adolescente.

Figura 11.6 Estadísticos de frecuencias

Figura identificada como significativa para afrontar un embarazo adolescente



En este caso, nos interesaba conocer qué figura de apoyo era la más deseada, aunque no fuera la figura que más apoyo real dispensara a la gestante. La segunda persona más elegida y significativa para ellas fue la madre (23,2%), y posteriormente, el padre (12,5%).

Persona que más apoyo proporciona a la gestante durante el embarazo

Siguiendo esta argumentación, basada en el apoyo que precisan las gestantes, la persona que más apoyo les proporciona durante el embarazo es la madre (28,6%). Muy próxima a la puntuación obtenida por la madre, podemos determinar otras figuras de apoyo, como la pareja, elegida por 12 de ellas (21,4%), así como el mejor amigo/a (19,6%). Tal y como indicaba Serrano (2013) el afecto y el apoyo procedente de ambos progenitores, favorecerán el que el hijo pueda sentirse competente en la sociedad.

En cuanto al resto de casos registrados, identificamos los siguientes porcentajes: la hermana 10,7%, la abuela 7,1%, el hermano 3,6%, el padre 3,6%, y por último, sólo una gestante de la muestra optó por una amiga en la red social, así como otra identificó a su tía como persona que más apoyo le estaba proporcionando.

Como podemos comprobar, aunque en las redes sociales las gestantes se relacionen a menudo con sus “iguales” también gestantes, no consideran que el apoyo recibido sea equiparable al que proporcionan otras figuras para ellas más significativas. Como ya se ha reflejado en el marco teórico, la disposición de apoyo por parte de figuras significativas puede repercutir positivamente en la adopción del rol materno.

Tabla 11.13 Estadísticos de frecuencias

Personas que más apoyo proporcionan durante la gestación

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Abuela | 4 | 7,1 | 7,1 | 7,1 |
| Amiga red social | 1 | 1,8 | 1,8 | 8,9 |
| Hermano | 2 | 3,6 | 3,6 | 12,5 |
| Hermana | 6 | 10,7 | 10,7 | 23,2 |
| Madre | 16 | 28,6 | 28,6 | 51,8 |
| Mejor amigo/a | 11 | 19,6 | 19,6 | 71,4 |
| Ninguno | 1 | 1,8 | 1,8 | 73,2 |
| Padre | 2 | 3,6 | 3,6 | 76,8 |
| Pareja | 12 | 21,4 | 21,4 | 98,2 |
| Tía | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Persona que menos apoyo ha proporcionado a la gestante, resultando esta carencia indiferente para la gestante

Una vez que conocemos “*los apoyos percibidos*”, si examinamos la variable “*persona que menos apoyo ha proporcionado a la gestante, resultando esta carencia indiferente para ella*” comprobaremos que para el 25% muestral “*ninguna figura*” podría acogerse a este perfil. Es decir, no pueden señalar a una persona de las citadas, cuyo deficiente apoyo les genere indiferencia, si bien, sí podemos esclarecer cómo el 14,3% de la muestra optó por el “*cuñado o cuñada*”.

Tabla 11.14 Estadísticos de frecuencias

Persona que menos apoyo proporciona resultando indiferente para la adolescente

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Abuela | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | Amigo/a | 3 | 5,4 | 5,4 | 7,1 |
| | Compañeros | 5 | 8,9 | 8,9 | 16,1 |
| | Cuñado/a | 8 | 14,3 | 14,3 | 30,4 |
| | Hermano/a | 1 | 1,8 | 1,8 | 32,1 |
| | Madre | 7 | 12,5 | 12,5 | 44,6 |
| | Ninguno | 14 | 25,0 | 25,0 | 69,6 |
| | Padre | 4 | 7,1 | 7,1 | 76,8 |
| | Pareja | 3 | 5,4 | 5,4 | 82,1 |
| | Profesores | 4 | 7,1 | 7,1 | 89,3 |
| | Suegra | 2 | 3,6 | 3,6 | 92,9 |
| | Tía | 4 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Persona que menos apoyo ha proporcionado a la gestante y además esa carencia le ha afectado

En lo que respecta a la variable “*persona que menos apoyo ha proporcionado a la gestante y además esa carencia le ha afectado*”, hemos identificado que para un 21,4% de las adolescentes, el padre sería la figura que menos apoyo proporcionaría durante el embarazo. A este porcentaje mencionado, le sigue la proporción muestral que mantiene que sería la pareja (17,9 %) la figura que mejor representaría el menor apoyo percibido.

Simultáneamente, la madre de la gestante sería también la persona que menos apoyo ofreció a su hija con un 16,1% de representación. En la muestra hallamos también figuras como: “la amiga”, “los profesores”, o “la tía” de la gestante, quienes además prácticamente no han recibido puntuación.

Esta baja puntuación puede deberse a que probablemente, aunque puedan experimentar falta de apoyo por parte de estas figuras, esa carencia no les afecta tanto como la falta de apoyo materno, paterno o de pareja. En el análisis de las entrevistas se pueden complementar más datos al respecto.

Tabla 11.15 Estadísticos de frecuencias

Persona que menos apoyo proporciona y esa carencia afecta a la gestante

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Abuela | 3 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| Amiga | 1 | 1,8 | 1,8 | 7,1 |
| Amigo | 3 | 5,4 | 5,4 | 12,5 |
| Compañeros | 3 | 5,4 | 5,4 | 17,9 |
| Cuñado/a | 6 | 10,7 | 10,7 | 28,6 |
| Hermano/a | 2 | 3,6 | 3,6 | 32,1 |
| Madre | 9 | 16,1 | 16,1 | 48,2 |
| Ninguno | 3 | 5,4 | 5,4 | 53,6 |
| Padre | 12 | 21,4 | 21,4 | 75,0 |
| Pareja | 10 | 17,9 | 17,9 | 92,9 |
| Prima | 2 | 3,6 | 3,6 | 96,4 |
| Profesores | 1 | 1,8 | 1,8 | 98,2 |
| Tía | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Persona que más ha decepcionado a la gestante en su embarazo

Igualmente, siguiendo tal argumentación sobre los apoyos recibidos, a continuación nos interesa saber cuál será la “persona que más ha decepcionado a la gestante en su embarazo”. Tabla 11.16 nos muestra cómo el padre sería la figura más elegida por las adolescentes (25%).

Si bien, otro 25% de la muestra reconoce que ninguna persona de las citadas le ha decepcionado durante su embarazo.

Es un hecho a destacar el que un 16,1% muestral coincidiese en determinar que la figura materna era la figura que más les había decepcionado en cuanto al apoyo proporcionado. Esta información revela que pueden existir problemas de convivencia o de otro tipo entre sus madres y ellas. Las entrevistas dan buena prueba de ello.

Tabla 11.16 Estadísticos de frecuencias

Persona que más ha decepcionado a la gestante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|-------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Abuela | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | Amigo/a | 3 | 5,4 | 5,4 | 7,1 |
| | Cuñado/a | 3 | 5,4 | 5,4 | 12,5 |
| | Hermano/a | 1 | 1,8 | 1,8 | 14,3 |
| | Madre | 9 | 16,1 | 16,1 | 30,4 |
| | Ninguno | 14 | 25,0 | 25,0 | 55,4 |
| | Padre | 14 | 25,0 | 25,0 | 80,4 |
| | Futuro padre de su hijo | 10 | 17,9 | 17,9 | 98,2 |
| | Tía | 1 | 1,8 | 1,8 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

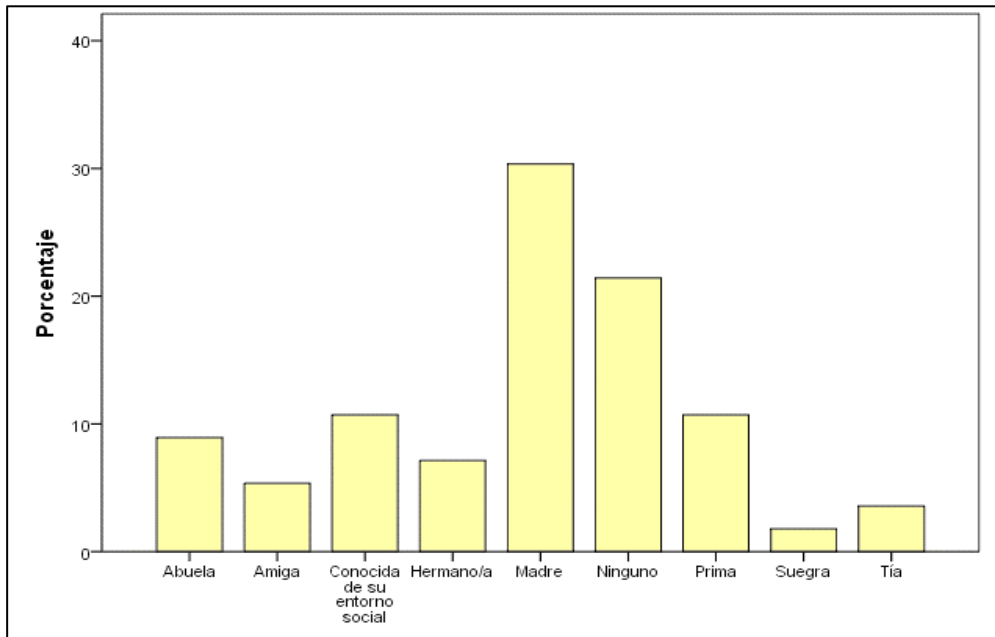
Antecedentes familiares de menores de 19 años embarazadas

El registro de resultados obtenidos en la variable “*antecedentes familiares de menores de 19 años embarazadas*” reveló cómo las gestantes en general, conocen diferentes personas de su entorno más próximo social o familiar que también se quedaron embarazadas muy jóvenes (con menos de 19 años).

En nuestra muestra, el 30,4% afirmó que sus madres también tuvieron un embarazo siendo adolescentes menores de 19 años. El 10,7% de ellas indicó que una conocida de su entorno social más cercano también se quedó embarazada antes de los 19 años, y por último un 7,1% confirmó que alguna de sus hermanas también había tenido un hijo antes de esa edad.

Figura 11.7 Estadísticos de frecuencias

Antecedentes familiares o sociales de menores de 19 años gestantes



Causas que motivaron su gestación

Al indagar sobre la atribución de las causas que motivaron su gestación identificamos cómo una parte de ellas (25%) atribuyó la causa de su embarazo a “*un despiste al no cuidarme en las relaciones sexuales*”. Por otra parte, el 19,6% reflejó que “*estaba o estábamos bajo los efectos del alcohol o drogas*” en el momento de la concepción.

Si continuamos con en el análisis de estos datos, comprobaremos que un 16,1% afirmó que “*fue buscado*”, seguido de las que sostuvieron que “*directamente no lo pensaron*” (14,3%). Únicamente tres gestantes reconocieron no recordar lo que sucedió y otras dos futuras madres no encontraron explicación a por qué sucedió.

Tal y como se puede contrastar en las entrevistas, no suelen ser muy explícitas a la hora de hablar por qué se quedaron embarazadas.

Mientras gran parte de la sociedad sitúa las causas que explican los embarazos tempranos en factores sociales, tales como una falta de atractivo en los programas de prevención en materia sexual, una desinformación o una falta de formación por parte de algunos adolescentes, e incluso por factores religiosos o incluso políticos; las gestantes no lo atribuyen a causas externas a ellas mismas ni tampoco a factores sociales.

Tabla 11.17 Estadísticos de frecuencias

Percepción de la gestante sobre las causas que motivaron su embarazo

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Por un despiste al no cuidarme en las relaciones sexuales | 14 | 25 |
| Estaba/ o estábamos bajo los efectos del alcohol o drogas | 11 | 19,6 |
| Hubo un fallo en los métodos anticonceptivos que suelo utilizar | 10 | 19,7 |
| Esa noche nunca la olvidaré, pero no encuentro explicación a por qué sucedió | 2 | 3,6 |
| Directamente no lo pensamos | 8 | 14,3 |
| Fue buscado | 9 | 16,1 |
| No me acuerdo de lo que sucedió | 3 | 5,4 |
| Total | 56 | 100,0 |

Problemas presentes en la familia de origen

Dando continuidad a esta línea de investigación sociodemográfica, y ampliando el análisis con una nueva variable: “*circunstancias y problemas identificados en la familia de origen*” advertimos cómo el mayor porcentaje de gestantes (25%) reveló que en su familia no tenían lugar ninguno de los problemas que se citan a continuación.

Tabla 11.18 Estadísticos de frecuencias

Circunstancias y problemas específicos identificados en la familia de origen

| | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| Ningún problema | 12 | 21,4 |
| Problemas económicos | 11 | 19,6 |
| Depresión | 2 | 3,6 |
| Mi padre maltrató a mi madre (psicológica y/o físicamente) | 3 | 5,4 |
| Mis padres tienen formas de ser o actuar conflictivas | 11 | 19,6 |
| Padres divorciados o separados | 6 | 10,7 |
| Fallecimiento de mi padre | 2 | 3,6 |
| Problemas con el alcohol | 8 | 14,3 |
| Mi madre abandonó el hogar | 1 | 1,8 |
| Total | 56 | 100,0 |

El 19,6% de ellas aludió a “*problemas económicos*”, al igual que otro 19,6%, que reconoció que sus padres exhibían formas de ser o actuar conflictivas. Por otra parte, el

14,3% muestral identificó “*problemas de alcohol en la familia*” y un 5,4 % identificó problemas de “*maltrato del padre hacia la madre*”.

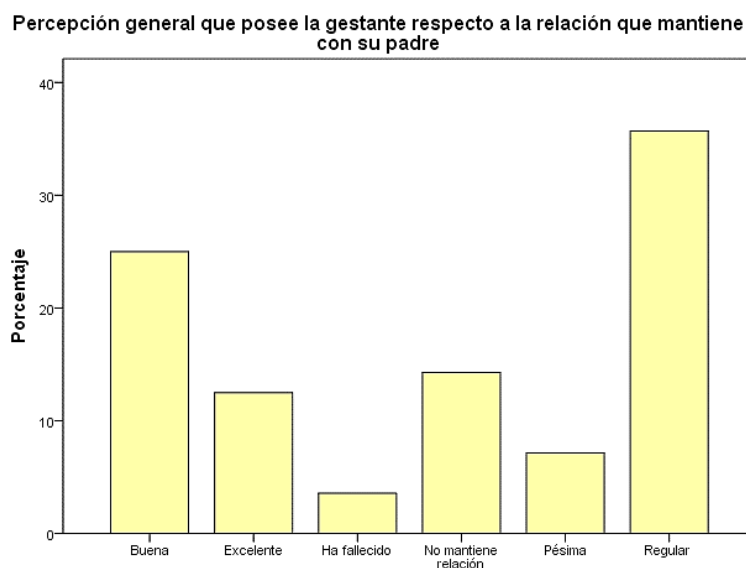
En lo que respecta a las dos gestantes que señalaron problemas vinculados a la “*depresión*”, hemos de aclarar que no podemos corroborar si responden a un diagnóstico propiamente de depresión o se trataría de otro tipo de trastorno distinto, más relacionado con trastornos adaptativos.

Percepción general que posee la gestante respecto a la relación que mantiene con su padre

En cuanto a la variable “*percepción general que posee la gestante respecto a la relación que mantiene con su padre*”, el 35,7% muestral argumentó mantener una relación que calificaría como “*regular*”.

Figura 11.8 Estadísticos de frecuencias

Percepción general que posee la gestante respecto a la relación con su padre



Por otra parte, otro 25% muestral consideró que esta relación era “*buena*”, mientras que el 14,3% sostuvo “*no mantener ninguna relación*”. Por último, un 8,9 % manifestó tener una relación “*pésima*” con su progenitor, mientras que otro 3,6% (dos gestantes) representaría el porcentaje de gestantes cuyos padres habían fallecido.

En general, este gráfico evidencia la presencia de conflictos entre las gestantes y sus padres, siendo las causas múltiples, -como ya detallaremos en el análisis de las entrevistas-.

Los problemas familiares que las gestantes han identificado pueden condicionar la relación que mantienen con sus progenitores. Esto explicaría por qué gran parte de la muestra ha calificado la relación que mantiene con su padre como “*regular*”.

La ausencia paterna recordemos, puede correlacionar con el desarrollo psicológico del individuo y con la disfuncionalidad familiar. La mayoría de estudios publicados en esta línea confirman la acuciante influencia que ejerce la familia en el individuo.

11.2 Cuestionario de Evaluación Prenatal (Armengol et al. 2007)

A continuación se efectuará un análisis descriptivo e inferencial a partir de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Evaluación Prenatal. El propósito de este apartado es desarrollar una descripción pormenorizada de las características psicosociales de este período previo al nacimiento del bebé.

11.2.1 Análisis descriptivo. Cuestionario de Evaluación Prenatal

Armengol et al. (2007), tras efectuar los oportunos análisis de validez y fiabilidad precisos con el fin de diseñar este cuestionario de Evaluación Prenatal, descubrieron cómo se había producido una “*unidimensionalidad*” del constructo explorado.

En este sentido, aunque pueda parecer contradictorio, dado que este cuestionario constaba de siete dimensiones diferentes, se descubrió cómo estas dimensiones eran consideradas a su vez microdimensiones, que además formarían parte de un constructo más general que englobaría a cada una de ellas. Es entonces cuando citan a Delassus (2002) y al término “*maternología*”.

Armengol et al. (2007), bajo el término “*maternología*” hicieron alusión a la denominada “*maternidad psíquica*” y ésta podía tener lugar en mujeres de cualquier edad. “*Maternología*” sería todo aquello que transcurre en la “*psique*” de la mujer y está relacionado con la maternidad y sus representaciones. Por ejemplo, la mujer antes de dar a luz puede pensar en el bebé, cómo va a cuidarlo, puede imaginar cómo será, cómo será ella como madre, si lo querrá...

Según Armengol et al. (2007), no existen numerosos instrumentos que valoren la adaptación de la mujer al embarazo y a la futura maternidad. El objetivo de diseñar este cuestionario era aproximarse a ello, a esa “*gestación mental paralela*”. Estos autores tomaron entonces como referencia el PSQ de Lederman, lo adaptaron y validaron.

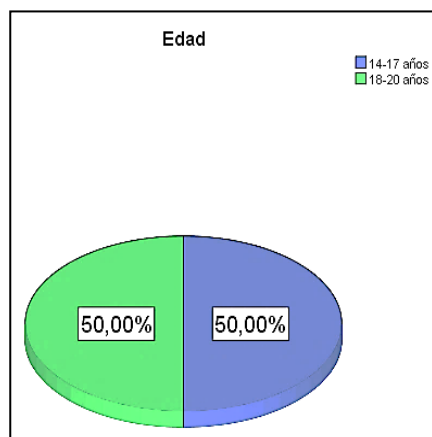
En este sentido, y gracias al cuestionario de Armengol et al. (2007), iniciaremos un análisis descriptivo sobre la “*adaptación de la adolescente a la maternidad*” a través de dimensiones que estarán estrechamente vinculadas entre sí.

El análisis de las informaciones aportadas por las propias gestantes en las entrevistas, nos condujo también a anticipar la posibilidad de que esta maternidad psíquica fuera una realidad entre nuestras adolescentes.

Tal y como se observa en Figura 11.9, nuestra muestra constaría de 56 gestantes de entre 14 y 20 años. Las respuestas a las que podían optar fueron: “*mucho*”, “*con frecuencia*”, “*a veces*” o “*nunca*”, según el grado de acuerdo con los ítems planteados.

Figura 11.9 Edad de las gestantes

Distribución de la muestra según la edad



Tal y como representa el gráfico en Figura 11.9, la distribución de la muestra según la variable “*edad*” quedaría así: el 50% de las gestantes es menor de edad y el otro 50% mayor de edad, y además, menor de 21 años.

En Tabla 11.19 se muestran las cinco dimensiones que conforman el Cuestionario de Evaluación Prenatal propuesto por Armengol et al. (2006). Dado que las puntuaciones de las medias en las seis dimensiones superan el 5 sobre 10, y aun siendo conscientes de que no son puntuaciones excesivamente altas, podemos confirmar que en general, las adolescentes se han adaptado al embarazo, aunque no a un nivel que podría ser el deseado (valores más próximos a 10).

Como se puede apreciar en Tabla 11.19, la puntuación más alta en todo el cuestionario correspondería a la que se da en la dimensión “*identificación con el rol materno*” con un 7,46 de media sobre 10.

De forma complementaria a la exploración de estas dimensiones, se ha incorporado una nueva dimensión: “*calidad de relación con el padre*”, dimensión que no había sido considerada inicialmente por Armengol et al. (2007). Por ello, y con el fin de mantener los mismos índices y criterios de fiabilidad y validez de los autores, se decidió incluir esta dimensión, aunque si bien, no de forma integrada al cuestionario, sino por separado y con propósito informativo. A tal efecto, tan sólo se ha sustituido la figura materna por la paterna en los ítems que pertenecían a la dimensión “*calidad de relación con la madre*”.

Tabla 11.19 Estadísticos de medias

Dimensiones que conforman la adaptación al proceso de gestación

| | | Aceptación del embarazo | Relación con la pareja | Preparación al parto | Calidad de relación con la madre | Preocupación en el embarazo | Identificación satisfactoria rol materno |
|---|---------------|-------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------|--|
| N | Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Media | 6,536 | 5,010364 | 6,843112 | 6,031746 | 6,582341 | 7,46652 |
| | Mediana | 6,500 | 5,781250 | 7,142857 | 6,111111 | 6,666667 | 8,12500 |
| | Moda | 10,0 | ,0000 | 5,0000 | 5,5556 ^a | 8,8889 | 8,750 |
| | Desv. típ. | 2,3700 | 3,7857372 | 1,9771149 | 1,9409885 | 1,9676962 | 1,699848 |
| | Asimetría | -,068 | -,304 | -,111 | ,025 | -,198 | -,791 |
| | Curtosis | -1,107 | -1,517 | -1,088 | -,949 | -,998 | -,159 |
| | Percentile 25 | 4,500 | ,000000 | 5,000000 | 4,444444 | 4,861111 | 6,25000 |
| | s 50 | 6,500 | 5,781250 | 7,142857 | 6,111111 | 6,666667 | 8,12500 |
| | 75 | 8,500 | 8,359375 | 8,571429 | 7,500000 | 8,472222 | 8,75000 |

En Tabla 11.20, sin embargo, la puntuación vinculada a la “*calidad de relación con el padre*” es inferior a 5, y también inferior a la dimensión “*calidad de relación con la madre*”. Este resultado puede explicarse partiendo de la consideración, de que algunas gestantes manifestaron mantener una difícil o nula relación con sus padres varones durante la gestación por diversos motivos (ver en anexos las entrevistas realizadas sobre su historia personal y vivencias durante el embarazo).

Entre las razones que alegaron las gestantes para justificar dicha relación encontramos: la presencia de desacuerdos y problemas de comunicación, problemas vinculados a una escasa ilusión paterna ante el nacimiento del bebé y una falta de confianza paterno-filial a la hora de conversar sobre diversos problemas.

Tabla 11.20 Estadísticos de medias

Dimensiones en la adaptación al proceso de gestación junto a la relación con el padre

| | Aceptación del embarazo | Relación con la pareja | Preparación al parto | Calidad de relación con la madre | Preocupación en el embarazo | Identificación satisfactoria rol materno | Calidad de relación con el padre |
|------------|-------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------|-----------------------------|--|----------------------------------|
| Validos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 6,536 | 5,01036 | 6,843112 | 6,031746 | 6,582341 | 7,46652 | 4,871032 |
| Mediana | 6,500 | 5,78125 | 7,142857 | 6,111111 | 6,666667 | 8,12500 | 5,555556 |
| Moda | 10,0 | ,0000 | 5,0000 | 5,5556 ^a | 8,8889 | 8,750 | ,0000 |
| Desv. típ. | 2,3700 | 3,78573 | 1,97711 | 1,9409885 | 1,9676962 | 1,699848 | 2,7355191 |

Cabe destacar, que la “*aceptación del embarazo*” es una de las dimensiones más importantes en la “*adaptación al embarazo*”, no sólo porque es una dimensión de cuyo desenvolvimiento dependerá la propia gestante y su nuevo proyecto de vida, sino también, porque de esta dimensión dependerá su futuro hijo.

Dimensión: aceptación del embarazo

Serán los ítems 1, 2, 31, 33 y 34 los que aportarán la información necesaria para poder comprender mejor la dimensión “*aceptación del embarazo*”. A continuación, incidiremos en los resultados de los estadísticos descriptivos relativos a cómo la gestante acepta su gestación.

Tal y como se puede apreciar en las medias, predomina cierta heterogeneidad de respuestas entre las adolescentes. La puntuación más alta es la asociada al afrontamiento de las molestias del embarazo con facilidad, y la menor, la que se corresponde al inoportuno momento de acontecer el embarazo, siendo esta puntuación inferior a 5.

Tabla 11.21 Estadísticos de medias*Dimensión aceptación del embarazo*

| Aceptación del embarazo | | |
|-------------------------|----------|--------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,536 |
| Mediana | | 6,500 |
| Moda | | 10,0 |
| Desv. típ. | | 2,3700 |

La media en la dimensión “*aceptación del embarazo*” es 6,536, puntuación que puede explicarse, dado que probablemente, el momento en el que las gestantes se quedaron embarazadas no fue el más apropiado. La mayoría de ellas recordemos, afrontan un embarazo no planificado, asediado por problemas familiares y/o de pareja.

La puntuación más alta reflejada en esta dimensión es la que corresponde al ítem 2, relativo a: “*las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas*”. A continuación, procederemos a un análisis más exhaustivo de los ítems pertenecientes a esta “*aceptación del embarazo*”.

Tabla 11.22 Estadísticos de frecuencias*Dimensión aceptación del embarazo: medias de todos los ítems*

| Estadísticos | | | | | | |
|--------------|----------|---|--|--|---|--|
| | | Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento | Ítem 2. Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas | Ítem 31. Me cuesta aceptar este embarazo | Ítem 33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil | Ítem 34. Ojalá no estuviera embarazada |
| N | Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 4,955 | 7,054 | 5,759 | 6,652 | 5,223 |
| Mediana | | 3,750 | 7,500 | 5,000 | 7,500 | 5,000 |
| Moda | | 2,5 | 5,0 | 5,0 | 7,5 | 2,5 |
| Desv. típ. | | 2,9959 | 2,4359 | 2,7353 | 2,6662 | 2,8315 |

La tabla que mostramos en la parte inferior de este análisis evidencia cómo la mayor parte de las respuestas (50% muestral) coinciden en reflejar cómo “*el momento*” en el que se quedaron embarazadas “*nunca*” fue un buen momento.

Tabla 11.23 Estadísticos de frecuencias

“El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento”

| Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento | | | | | |
|---|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 13 | 23,2 | 23,2 | 23,2 |
| | Con frecuencia | 3 | 5,4 | 5,4 | 28,6 |
| | Mucho | 12 | 21,4 | 21,4 | 50,0 |
| | Nunca | 28 | 50,0 | 50,0 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Si bien, a esta puntuación (el 50% de gestantes que “nunca” valoró positivamente el momento en el que aconteció su embarazo) le sigue el porcentaje de aquellas que optaron en sus respuestas por la opción de “a veces” (23,2%) y “mucho” (21,4%). Es evidente tal variabilidad, considerando que cada familia responde a esta realidad de forma diferente, y dispone de unos objetivos y planes de futuro heterogéneos.

Tras esta información se presentarán las posibles diferencias existentes entre las gestantes mayores y menores de edad en el ítem: “el momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento”.

Tabla 11.24 Estadísticos de medias

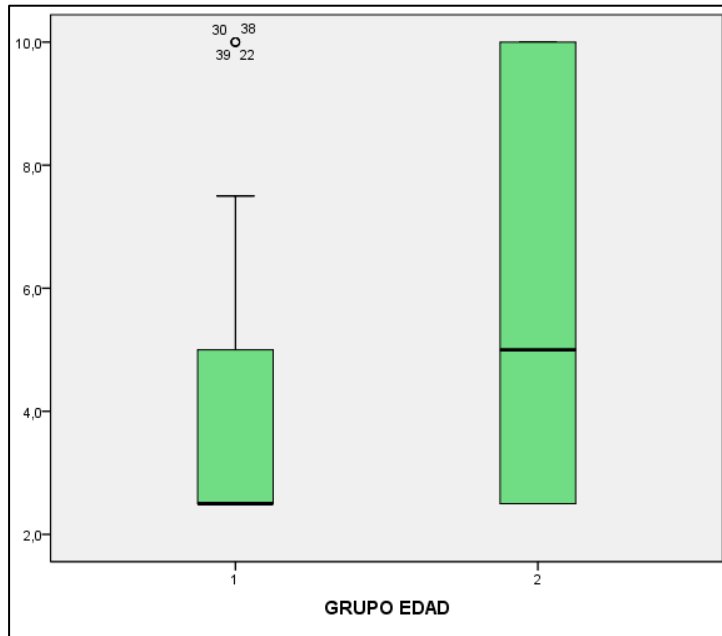
“El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento”

| | | Ítem1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento |
|------------|----------|--|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 4,955 |
| Mediana | | 3,750 |
| Moda | | 2,5 |
| Desv. típ. | | 2,9959 |
| Asimetría | | ,824 |

En Figura 11.10 identificamos algunas diferencias (aún desconocemos si significativas o no) entre las gestantes menores de 18 años y las mayores de edad.

Figura 11.10 Estadísticos de medias en función de la edad

Grupo de comparación edades en ítem 1.



Tal y como podemos apreciar, revisando las puntuaciones específicas del grupo de adolescentes menores de edad, comprobamos cómo sus valores son inferiores a 5, mientras que las mayores de edad obtienen puntuaciones más elevadas. Por tanto, en lo que respecta a la valoración del embarazo, las mayores de edad se muestran más optimistas que las menores de edad, ya que probablemente estas últimas se sienten menos preparadas.

Tras estas apreciaciones, se efectuará la descripción del ítem 33 (Tabla 11.25), *“hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil”*, que también pertenece a la dimensión *“aceptación del embarazo”*.

El análisis de los resultados pertenecientes a este ítem, revela que *“con frecuencia”* este embarazo está siendo fácil de afrontar para algunas participantes (33,3%), si bien, otra parte de la muestra declara que *“nunca”* le ha resultado fácil afrontar esta gestación (23,8%). Las diferentes circunstancias personales y/o tal vez los propios apoyos percibidos son los que dan sentido a estas respuestas tan heterogéneas.

El hecho de que las gestantes convivan en el hogar familiar con sus progenitores o dependan económicamente de otros miembros de su familia, pueden dar sentido también a ese supuesto *“afrontamiento fácil”*.

Tabla 11.25 Estadísticos descriptivos de frecuencias

“Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil”

| Ítem33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil | | | | | |
|--|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 14 | 25,0 | 25,0 | 25,0 |
| | Con frecuencia | 17 | 30,4 | 30,4 | 55,4 |
| | Mucho | 15 | 26,8 | 26,8 | 82,1 |
| | Nunca | 10 | 17,9 | 17,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Los resultados que nos ofrece Tabla 11.26, representan una muestra donde la media del ítem baremada sobre 10 es de 6,65, por tanto, el embarazo por lo general, no ha sido una tarea excesivamente difícil de afrontar para las adolescentes. En las entrevistas muchas de ellas reflejan sin embargo, molestias físicas y dolores bastante notorios.

Tabla 11.26 Estadísticos descriptivos de medias

“Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil”

| | | Ítem33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil |
|------------|----------|--|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,652 |
| Mediana | | 7,500 |
| Moda | | 7,5 |
| Desv. típ. | | 2,6662 |
| Asimetría | | -,204 |

Tras este breve análisis, continuaremos con un ítem estrechamente relacionado con este primero: *“las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas”*. Los resultados dependerán de lo que entienda la gestante por *“molestias”*. Pues por ejemplo, algunas de ellas no consideraron *“molestias”* a las dificultades de carácter emocional.

Tabla 11.27 Estadísticos de frecuencias*“Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas”*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 20 | 35,7 | 35,7 | 35,7 |
| | Con frecuencia | 14 | 25,0 | 25,0 | 60,7 |
| | Mucho | 18 | 32,1 | 32,1 | 92,9 |
| | Nunca | 4 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En el análisis de esta variable (Tabla 11.27), subrayamos una gran variabilidad de respuestas, siendo el porcentaje ligeramente mayor para las gestantes que consideran que sólo “*a veces*” pueden afrontar las molestias del embarazo con facilidad (35,7%), seguido de las que sostienen que pueden hacerlas frente con facilidad “*mucho*” (32,1%).

Si atendemos a las medidas de centralización de este ítem, la media toma el valor de 7,05, teniendo una mediana de 7,5 (es decir, el 50% de los valores están por debajo de ese valor) y una moda de 5. Esta media tan alta nos indica que, por lo general, la muestra contrarresta sin problemas las molestias del embarazo.

Tabla 11.28 Estadísticos de medias*“Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas”*

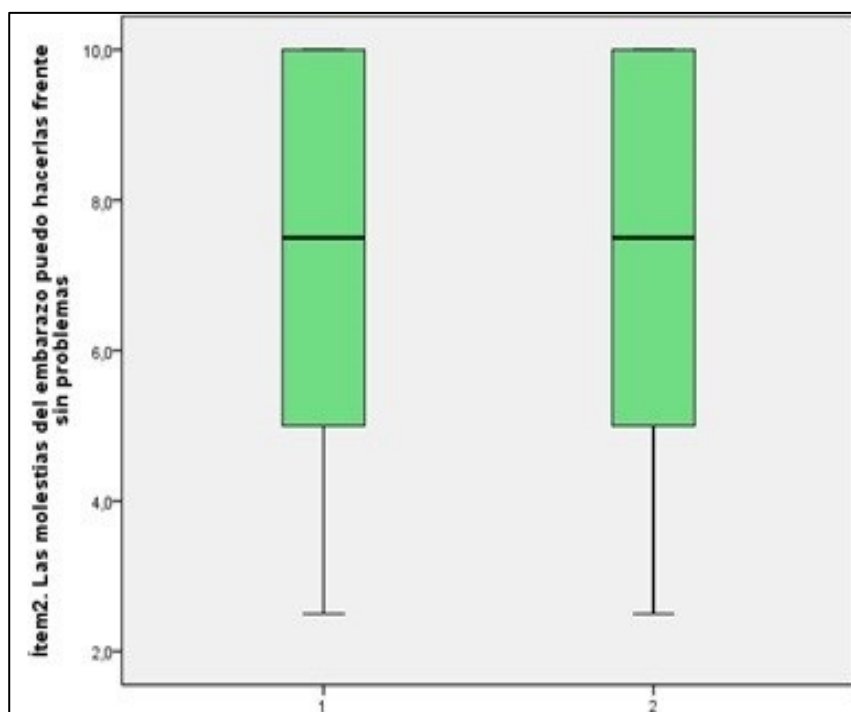
| | | Ítem2. Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas |
|-------------------------|----------|---|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 7,054 |
| Mediana | | 7,500 |
| Moda | | 5,0 |
| Desv. típ. | | 2,4359 |
| Asimetría | | -,116 |
| Error típ. de asimetría | | ,319 |
| Curtosis | | -1,194 |

A partir de todos estos datos sugeridos, verificaremos a continuación si desde una perspectiva descriptiva, predominan diferencias entre las gestantes mayores y menores

de edad. Las menores de edad se han designado como Grupo 1 y las mayores de edad como Grupo 2. En Figura 11.11 se observa cómo el afrontamiento de las molestias del embarazo no parece vincularse a la edad.

Figura 11.11 Estadísticos de medias en función de la edad

Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas



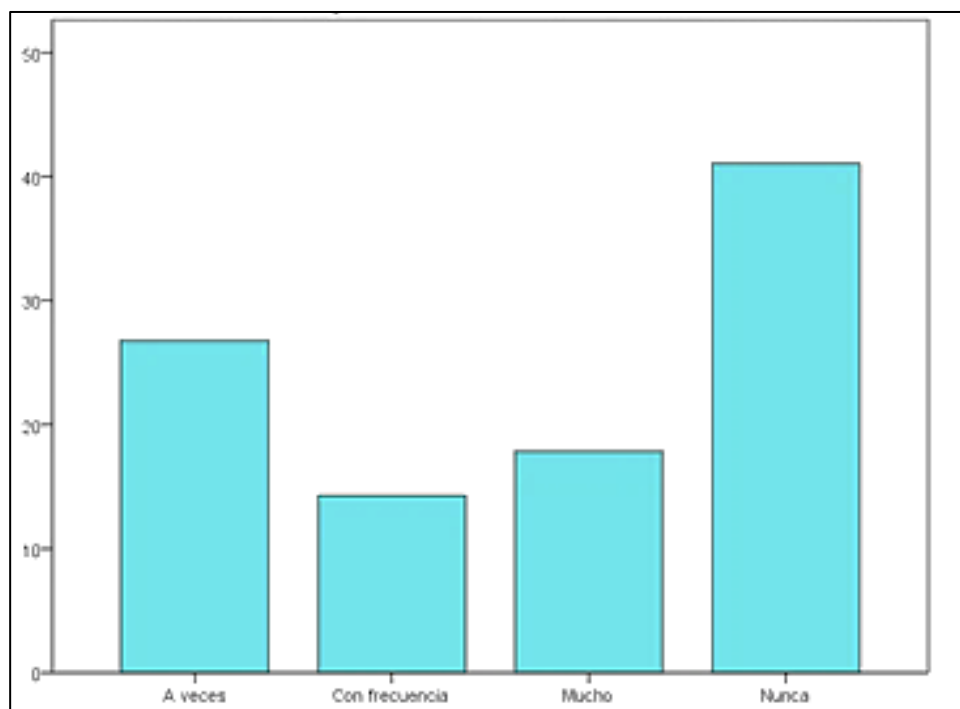
Una vez que hemos puesto de manifiesto determinados conocimientos inherentes a los resultados obtenidos sobre cómo las gestantes han afrontado las molestias del embarazo, ahora nos detendremos en el análisis de un nuevo ítem: *“ojalá no estuviera embarazada”*.

Al indagar sobre él se puede advertir cómo una parte de la muestra (el 41,1%) *“nunca”* se ha identificado con la expresión *“ojalá no estuviera embarazada”*. Esto evidencia que las gestantes aceptan su embarazo y posiblemente, muchas han podido además ir adaptándose al mismo.

La disconformidad reflejada en las respuestas de este ítem, siendo *“nunca”* (41,1%) y, *“a veces”* (26,8%) las respuestas más comunes, confirma que a pesar de que el embarazo puede no haber sido planificado por una parte de la muestra, una vez que decidieron continuar con él, quedaba descartada por completo la opción de no seguir adelante.

Figura 11.12 Estadísticos de frecuencias

“Ojalá no estuviera embarazada”



A continuación, se examinarán las diferencias que pueden existir entre las adolescentes mayores (Grupo 2) y las menores de edad (Grupo 1) en relación a este ítem. En Tabla 11.29 se pueden examinar con mayor exhaustividad las medias obtenidas en cada grupo de edad que fue objeto de análisis.

Tabla 11.29 Estadísticos de medias

“Ojalá no estuviera embarazada”

| GRUPO EDAD | | | Estadístico | |
|--|---|---|-----------------|-------|
| Ítem 34. Ojalá no estuviera embarazada | 1 | Media | 5,446 | |
| | | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 4,389 |
| | | | Límite superior | 6,504 |
| | | Desv. típ. | 2,7262 | |
| | 2 | Media | 5,000 | |
| | | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 3,850 |
| | | | Límite superior | 6,150 |
| | | Desv. típ. | 2,9659 | |

Desde un punto de vista descriptivo, prácticamente no es posible identificar diferencias en función de la edad. Por consiguiente, en este caso, la aceptación del

embarazo no estaría tan vinculada a la mayoría de edad como podríamos anticipar en un principio, ya que el grupo que conforman las adolescentes mayores de 18 años ha obtenido una puntuación ligeramente inferior a las menores.

Discusión de resultados en dimensión: aceptación del embarazo

Gracias a la argumentación anteriormente efectuada, podemos confirmar que uno de los ítems más significativos de esta dimensión ha sido el ítem 1, el cual hacía alusión al momento en el que se quedaron embarazadas, y es donde verificamos un acuerdo en una mayoría significativa. De hecho, el embarazo no tuvo lugar en el momento más oportuno, ya sea debido a la juventud de la muestra, a la probable carencia de preparación para el mismo o a cualquier otro motivo vinculado a sus circunstancias personales, familiares o sociales.

Un gran número de gestantes coincide en aseverar que “*nunca*” se han sentido identificadas con la expresión “*ojalá no estuviera embarazada*”. Las respuestas a este ítem son la confirmación de que, a pesar de que muchos embarazos no fueron esperados ni planificados, no cambiarían ya su deseo de estar esperando un bebé. Comprenderemos mejor la amplia negación de este ítem si partimos del hecho de que las embarazadas, posiblemente tras un breve rechazo inicial, comenzaron a mostrar afecto hacia él, lo que probablemente les pudo eximir de reconocerse en tal expresión.

Conforme a lo comentado además, gran parte de la muestra ha afrontado las molestias del mismo con relativa facilidad (6,536 de puntuación media). Es decir, a pesar de la evaluación negativa del embarazo tan evidente que han realizado en un principio, -tal y como también señalaba Fernández (2005)-, a medida que ha avanzado la gestación, la evaluación ha dejado de ser tan negativa para ser más positiva.

La extensa aceptación del embarazo por parte de la mayoría de las adolescentes, adquiere sentido cuando se observan las motivaciones e ilusiones que exhiben con “*el nuevo ser*”. Pues, independientemente de los apoyos que reciban, es incuestionable que gran parte de ellas, focalizan su centro de interés en el bebé, convirtiéndose éste en un medio o incluso en un mecanismo de defensa ante problemas del exterior (familiares o de pareja).

Esta aceptación mayor o menor del embarazo, como si de un continuo se tratase, supone a la adolescente situarse en un polo positivo o negativo durante el embarazo. Es decir, la aceptación no implicaría una simple resignación, sino una conformidad positiva hacia el embarazo.

Gracias al análisis inferencial que se realizará posteriormente, podremos verificar nuevos datos en torno a esta aceptación e incluso será posible delimitar relaciones entre esta dimensión y otros ítems. Del mismo modo, revelaremos qué acontecerá en la dimensión “*calidad de relación con el futuro padre de sus hijos*”.

Dimensión: calidad de relación con el futuro padre de sus hijos

Con el fin de obtener diversas conclusiones que arrojen luz a esta dimensión, se interpretarán las puntuaciones recogidas en los ítems 3, 4, 11, 15, 19, 20, 27 y 38. Ya a simple vista, evidenciamos que las puntuaciones son superiores a 4, lo que probaría un notable grado de acuerdo muestral con respecto a los mismos.

Las gestantes adolescentes podían mantener o no una relación de pareja con quienes serán los futuros padres de sus hijos, por ello, en todos los ítems en los que se hacía referencia a la calidad de la relación que existía entre ellos, las adolescentes tenían la posibilidad de marcar la opción “*no mantengo relación de pareja con él*”.

Está claro que las puntuaciones medias en esta dimensión no van a ser muy elevadas, partiendo de la consideración de que hay gestantes que mantienen una relación problemática con sus parejas y que otras incluso han puesto fin a las mismas.

La media de los ítems que pertenecen a esta dimensión es de 5,01 sobre 10, por lo que es una puntuación baja, pero a la vez algo más alta que en otras dimensiones. Esta media en parte, puede responder al hecho de que muchas de ellas han experimentado una ruptura sentimental con el futuro padre de su hijo una vez conocido su estado de gestación.

El ítem que cuenta con un menor grado de acuerdo es el que se refiere a la limitada ayuda que suele proporcionar el varón en el hogar familiar.

Tabla 11.30 Estadísticos de medias

Dimensión relación con el padre del hijo que espera

| | Ítem 3. Hablamos con frecuencia del bebé que esperamos | Ítem 4. Cuando estoy muy nerviosa y alterada me apoya | Ítem 11. A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo | Ítem 15. Como pareja nos comunicamos muy bien entre nosotros (los problemas, dificultades) | Ítem 19. Me ayuda en casa cuando lo necesito | Ítem 20. Puedo contar con el soporte de mi marido o novio durante el parto | Ítem 27. En el momento de tomar decisiones, siempre nos ponemos de acuerdo | Ítem 38. Puedo contar con mi marido o novio para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido |
|------------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 5,089 | 5,179 | 4,777 | 5,089 | 3,973 | 4,714 | 4,821 | 5,536 |
| Mediana | 5,000 | 6,250 | 5,000 | 5,000 | 2,500 | 5,000 | 5,000 | 7,500 |
| Moda | ,0 | ,0 | ,0 | ,0 | ,0 | ,0 | ,0 | 10,0 |
| Desv. típ. | 4,0442 | 4,0970 | 3,8517 | 3,9590 | 3,7470 | 4,6932 | 4,0412 | 4,2830 |

Las puntuaciones bajas en por ejemplo: “*me ayuda en casa cuando lo necesito*” (3,973) ponen de manifiesto cómo la limitada colaboración en el hogar por parte del varón, puede ser suplida por la familia de la gestante, recordemos que el 57,1% de ellas reside todavía con sus padres.

La puntuación más elevada en esta dimensión es la que se corresponde con el ítem 38: “*puedo contar con mi novio para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido*”. No obstante, no es un resultado muy optimista, siendo por ejemplo, las puntuaciones relativas a la dimensión “*aceptación del embarazo*” superiores a éstas.

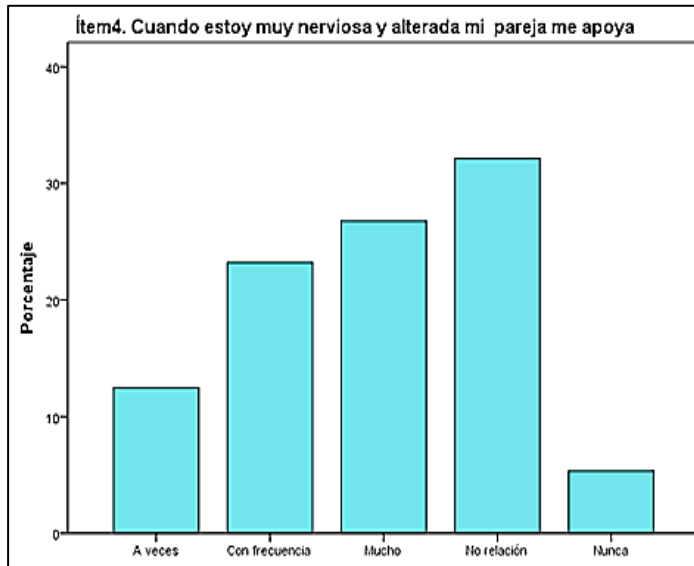
Toda esta breve argumentación en torno a esta dimensión se verá complementada a continuación con el análisis de cada una de las variables o ítems que la conforman.

En primer lugar, comenzaremos explorando la variable: “*cuando estoy nerviosa y alterada mi pareja me apoya*”. Los resultados revelan que “*mucho*” o “*con frecuencia*” las gestantes mantienen relación con los futuros padres de sus hijos, lo que les lleva a sentirse apoyadas cuando están nerviosas. Si bien, algo más del 30% de la muestra no mantiene ninguna relación de pareja, y por tanto, no disfrutará de este tipo de apoyo cuando experimente nerviosismo.

El apoyo de la pareja en situaciones difíciles puede ayudar a consolidar la relación y además, puede prevenir psicopatologías en un futuro próximo.

Figura 11.13 Estadísticos de frecuencias

“Cuando estoy nerviosa y alterada mi pareja me apoya”

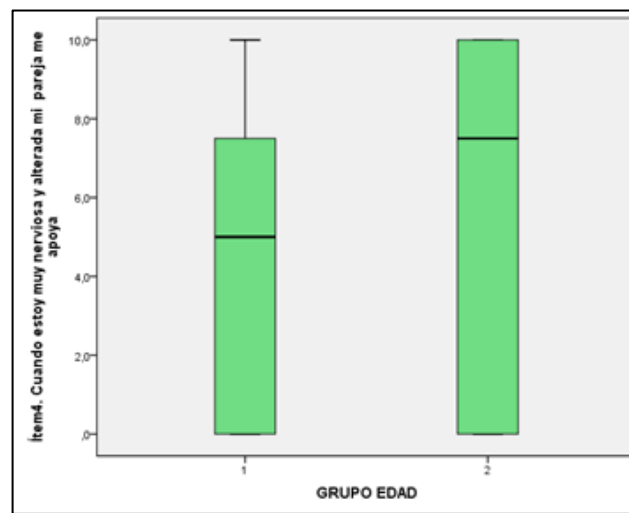


A continuación, se efectuará un breve análisis descriptivo en torno a las posibles diferencias que pueden existir entre las mayores (Grupo 2) y las menores de edad (Grupo 1) en relación a este ítem.

Si atendemos a Figura 11.14, no se apreciarían grandes diferencias, ya que el grupo mayor de edad (5,710) ha obtenido una puntuación ligeramente superior a las menores de edad (4,64).

Figura 11.14 Estadísticos de medias en función de la edad

“Cuando estoy muy nerviosa y alterada mi pareja me apoya”



Si bien, las menores de edad reflejan una puntuación media inferior a 5, por lo deducimos que no se sienten suficientemente apoyadas por sus parejas. Una de las

razones que pueden dar sentido a este resultado, es que, durante la adolescencia, algunas parejas se ven limitadas a la hora de desafiar obstáculos propios de la madurez, especialmente por la falta de experiencia de ambos para identificar y satisfacer sus necesidades.

Tras este breve análisis, exploraremos las respuestas que emergen de otra variable “*hablamos con frecuencia del bebé que esperamos*”. En lo que concierne a este ítem, el 28,6% muestral revela que ambos miembros de la pareja conversan “*mucho*” sobre el bebé que esperan, mientras el 25% muestral sólo “*a veces*” reconoce hablar de él (ver Figura 11.15).

Teniendo como punto de partida la información anterior, se determinó evaluar de qué modo la pareja dialogaba sobre el embarazo. Los resultados indicaron que disminuía el porcentaje de aquellos que dialogaban “*mucho*” sobre el bebé (28,6%) en comparación con los que conversaban “*mucho*” sobre el embarazo (21,4%). En efecto, predominaba ligeramente el interés por tener al bebé, por encima del deseo de experimentar o compartir un embarazo.

Figura 11.15 Estadísticos de frecuencias

“*Hablamos con frecuencia del bebé que esperamos*”

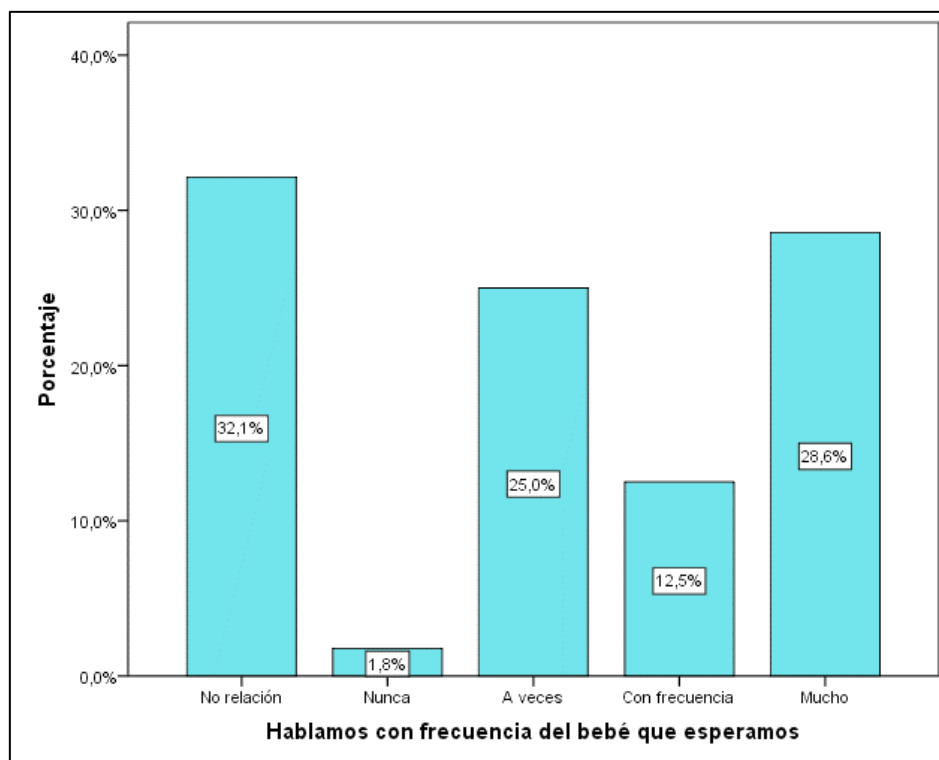
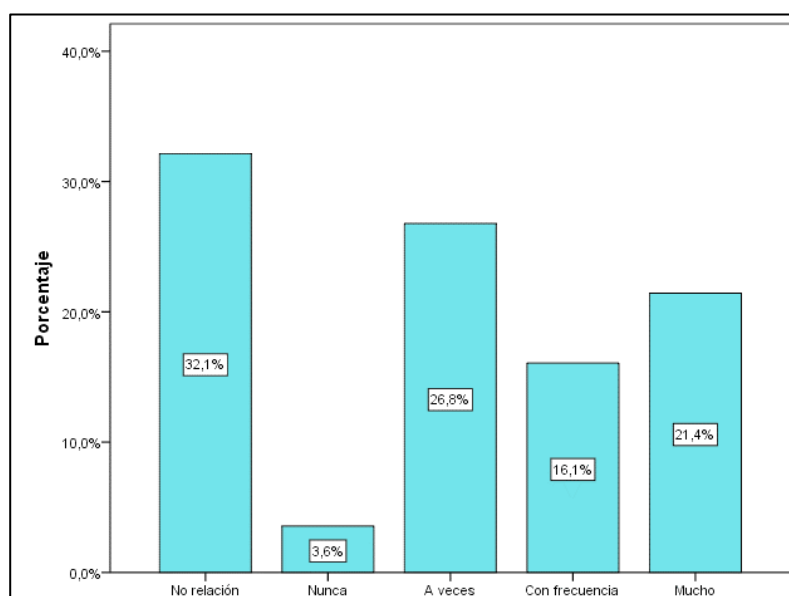


Figura 11.16 Estadísticos de frecuencias

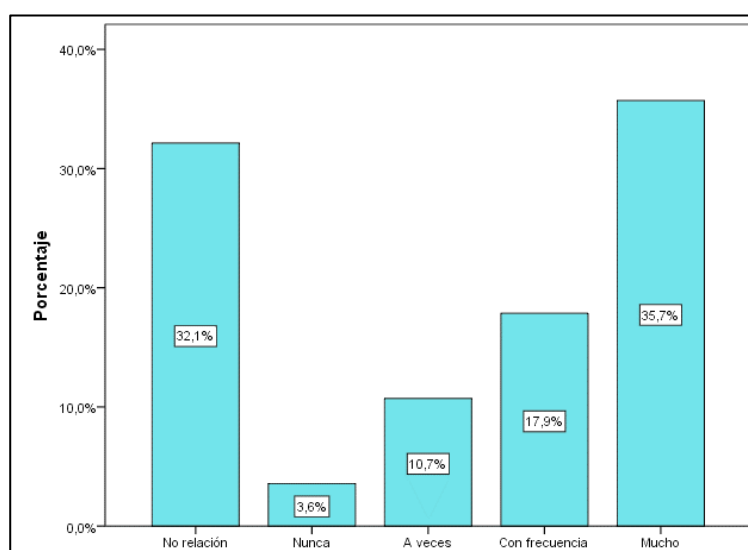
“A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo”.



Se ha destinado un apartado de las entrevistas (ver en anexos) a la investigación psicosocial sobre el tipo de relación que establecerían entre ambos. Las relaciones que mantienen las parejas son bastante dispares, algunas relaciones son temporales, otras tóxicas, pero también, aparecen relaciones algo más estables.

Figura 11.17 Estadísticos de frecuencias

“Puedo contar con mi novio para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido”.



Respecto a la calidad de la relación que las gestantes mantienen con sus parejas, cabe informar que el 35,7% de ellas estimó poder disponer “mucho” de su pareja para

compartir el cuidado del bebé tras su nacimiento. Dentro de las tareas de cuidado podemos incluir: alimentar, cambiar, bañar y otras labores domésticas (preparar biberones o preparar la cuna). Teniendo en consideración estas labores y que la mayoría de las gestantes reside con su familia, es entendible que no se haya obtenido un resultado positivo mayor.

Discusión de resultados: calidad de relación con las parejas

Gracias a los resultados y a las valoraciones efectuadas por las participantes, podemos concluir que, en general, las adolescentes que tienen pareja pueden disfrutar del apoyo de ésta durante el embarazo.

El matiz optimista respecto a la relación que mantienen lo aporta el ítem 3, pues presenta una media muestral de 5,08. Es evidente, que el compartir un hijo implicará hablar de él, pero si no se tiene pareja, las gestantes no podrán disfrutar de esta experiencia. De hecho, el mayor porcentaje de gestantes declaró hablar “*mucho*” del bebé que esperaban, mientras únicamente una gestante expresó que “*nunca*” conversaba con su pareja sobre el bebé. Dicho esto, confirmamos que, las adolescentes que tienen y disfrutan de una pareja, encuentran en ella, un apoyo para afrontar esta situación (media: 5,1). Si bien, simultáneamente, mantienen una relación ciertamente inestable, que explicaría lo lejos que está esta puntuación 5,11 de 10. De este modo, pueden así, contar con su pareja para compartir el cuidado del bebé hasta su nacimiento (media: 5,54), pero carecen de ayuda en otros aspectos, como por ejemplo, en las tareas más relacionadas con el hogar (media: 3,97).

En este sentido, tampoco tendrán la certeza de poder disponer de estos futuros padres en el parto (media 4, 71). Las gestantes reconocen encontrar dificultades para ponerse de acuerdo con ellos (media 4,82), al mismo tiempo que observamos cierta inestabilidad en estos apoyos, y en definitiva, en la relación que mantienen.

Las gestantes que tienen pareja, en su mayoría afirman que sólo “*a veces*” les gusta hablar del embarazo (26,8%). Con esta afirmación deducimos que tal vez, prefieren hablar del bebé y de su futuro hijo que conversar sobre los cambios propios de la gestación.

En lo que concierne a la comunicación en el seno de la pareja, el mayor porcentaje se ha localizado en la frecuencia “*mucho*” (24,6%), sin embargo, es un porcentaje

insuficiente que revela que la mayoría restante no puede disfrutar de esta comunicación con la frecuencia que tal vez debería. Las parejas y las madres de las adolescentes son quienes en ocasiones, posibilitan a éstas verbalizar sus frustraciones, sus temores, pero también serán a menudo, origen de los mismos.

Las futuras abuelas, como veremos posteriormente, van a reflejar cierto entusiasmo por estar junto a sus nietos y por ayudar a sus hijas en este período. Estas dos fuentes de apoyo: pareja y madre, serán esenciales en el afrontamiento del embarazo, en cuanto a que podrán hacer más llevadero el camino de transición a la maternidad de la futura madre.

Dimensión: preparación para el parto

Los ítems que formarán parte de la dimensión “*preparación para el parto*” serán los siguientes: 5, 12, 13, 23, 24, 26 y 29. En Tabla 11.32 podemos observar detenidamente la distribución de los porcentajes relativos a la preparación del mismo.

La mayor puntuación en esta dimensión se da en el ítem 5, relativo a “*confío en que el parto se producirá sin problemas y con normalidad*”. Si bien, la menor puntuación la localizamos en “*podré resistir las incomodidades del parto*” y en “*estoy bien informada de lo que me espera en el parto*”. Es probable, que los riesgos a los que se exponen ante un embarazo temprano, justifiquen esa inseguridad y desconfianza de cara al parto.

Tabla 11.31 Estadísticos de medias

Preparación al parto

| Preparación al parto | | |
|-----------------------------|----------|----------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,843112 |
| Mediana | | 7,142857 |
| Moda | | 5,0000 |

En Tabla 11.31 observamos cómo las participantes se sienten por lo general, preparadas para el parto (media: 6,84). En la red social han podido encontrar consejos e información procedentes de sus iguales, también gestantes, que les hace sentirse de

algún modo preparadas para afrontarlo. Deberíamos determinar entonces, qué entienden por “*estar bien informadas*”.

Tabla 11.32 Estadísticos de medias

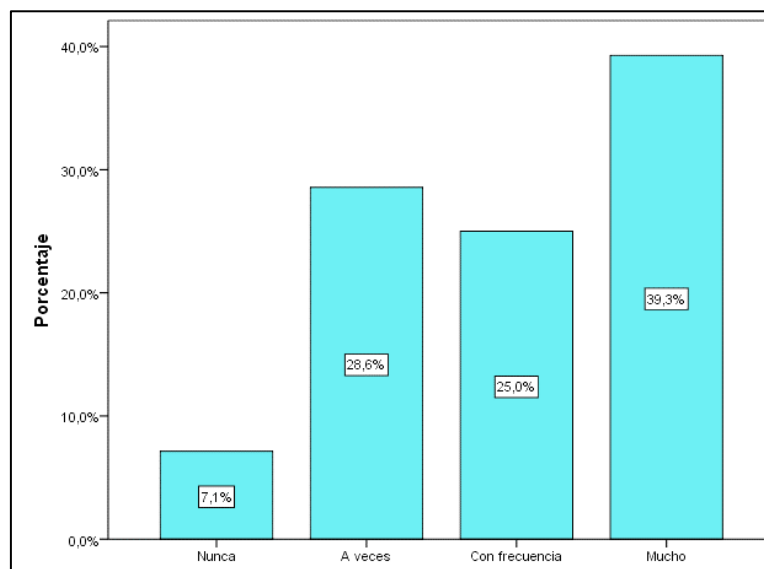
Preparación al parto

| | Ítem 5: Confío en el parto se producirá sin problemas y con normalidad | Ítem 12: Estoy bien informada de lo que me espera en el parto | Ítem 13: Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones | Ítem 23: Estoy preparada para el parto | Ítem 24: Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto | Ítem 26: Pienso que podré resistir las incomodidades del parto | Ítem 29: Me siento bien informada sobre el parto |
|------------|--|---|--|--|---|--|--|
| Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 7,366 | 6,741 | 7,188 | 6,875 | 6,607 | 6,563 | 6,563 |
| Mediana | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 |
| Moda | 10,0 | 5,0 | 7,5 | 7,5 | 5,0 | 5,0 | 7,5 |
| Desv. típ. | 2,5858 | 2,6077 | 2,3385 | 2,578 | 2,5419 | 2,7619 | 2,3627 |
| | | | | 3 | | | |
| Asimetría | -,606 | -,148 | -,296 | -,297 | -,189 | -,203 | -,107 |
| Curtosis | -,365 | -1,174 | -,892 | -1,045 | -,580 | -,946 | -,851 |

En lo que respecta a la confianza que la adolescente puede depositar en el parto, en Figura 11.18 identificamos cómo el 39,3% manifestó que confiaba “*mucho*” en que éste fuera a producirse sin problemas, mientras sólo un 7,1% muestral declaró que “*nunca*” confiaba en ello.

Figura 11.18 Estadísticos de frecuencias

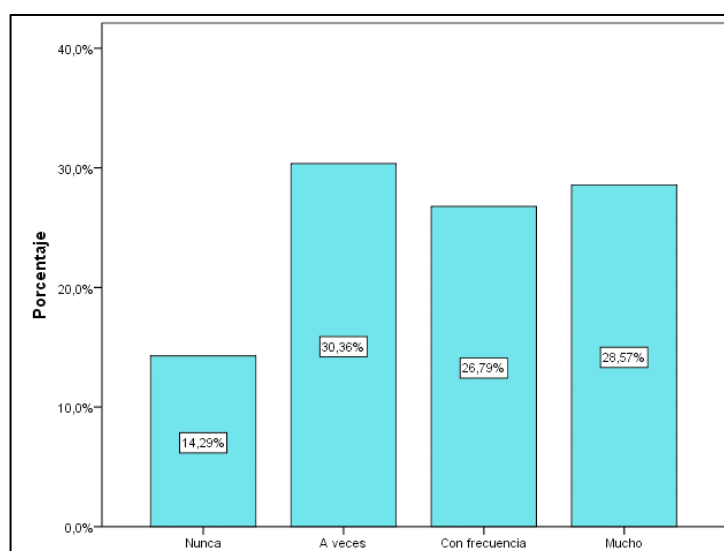
“Confío en que el parto se producirá sin problemas y con normalidad”.



Las puntuaciones registradas en el ítem “*estoy bien informada de lo que me espera en el parto*” muestran resultados muy heterogéneos. El 30,36 % de las gestantes coincidió en señalar la respuesta “*a veces*”, mientras otro 14,29 % optó por la opción “*nunca*”, siendo ésta, la puntuación con la menor frecuencia registrada.

Figura 11.19 Estadísticos de frecuencias

“*Estoy bien informada de lo que me espera en el parto*”.



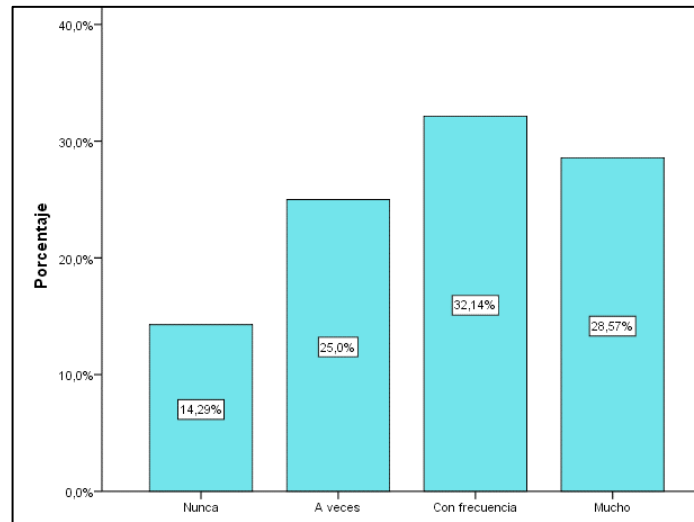
Una vez que hemos explorado la percepción que tienen las gestantes sobre la información de la disponen sobre el parto, comprobaremos si se sienten preparadas para afrontarlo y cuáles pueden ser las causas. Recordemos que, la embarazada, en el momento del parto, será la principal protagonista y la que juega un papel activo. Además, en el parto es indispensable disponer de unos conocimientos básicos fundamentales, así como también es vital, que ella se sienta capacitada para poder afrontarlo de forma satisfactoria.

En este sentido, tal y como se observa en el gráfico 11.20, el 32,14% de la muestra “*con frecuencia*” reconoce sentirse preparada para el parto. Resulta interesante ver cómo una parte de ellas se siente preparada para afrontarlo a pesar de su corta edad.

Cuando una gestante se aproxima a la fecha del parto, suelen surgir miedos e inseguridades, incluso a menudo pueden sufrir insomnio. Estos resultados optimistas reflejan que, o bien, las gestantes tienen lejos la fecha del parto o disponen de la suficiente información y formación sobre el mismo que les permite poder confiar en sus capacidades para poder afrontarlo.

Figura 11.20 Estadísticos de frecuencias

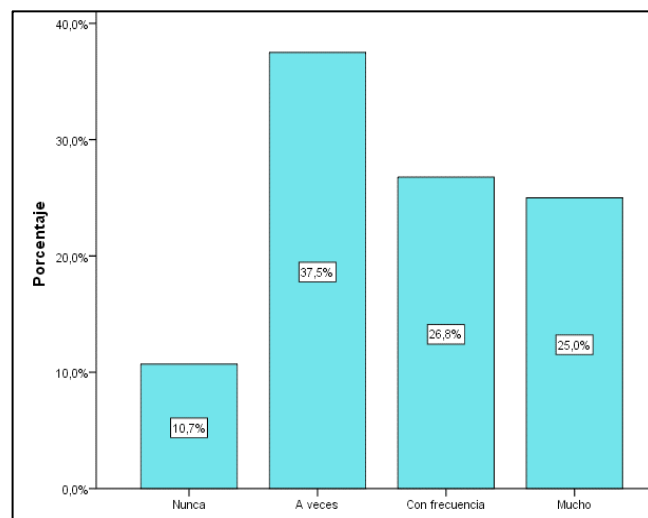
“Estoy preparada para el parto”



En el análisis del conocimiento que poseen acerca de las estrategias que pueden ayudarles a afrontar más fácilmente el parto, identificamos cómo *“a veces”* (32,14 %) es la respuesta más común en ellas, frente a la respuesta *“nunca”* (16,07 %). Continuamos en la misma línea, argumentando que, nuestra muestra es bastante heterogénea en determinadas respuestas.

Figura 11.21 Estadísticos de frecuencias

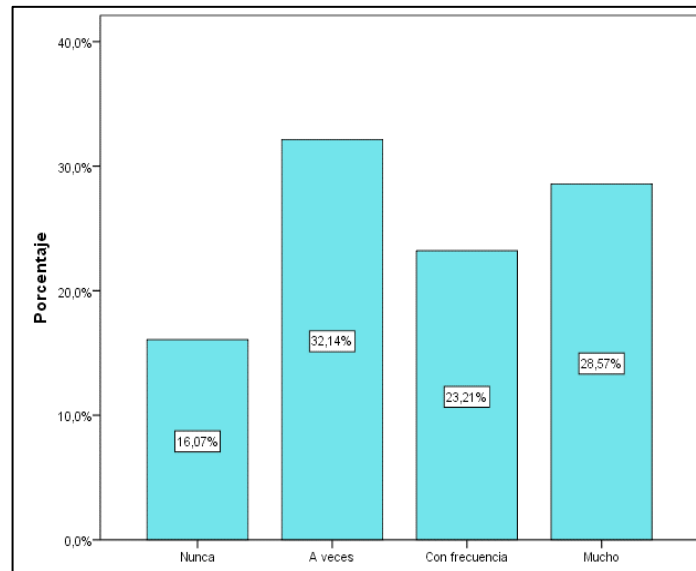
“Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto”.



Respecto a si las gestantes podrán resistir las incomodidades del parto, el 37,5% muestral estima que *“a veces”* podrá resistirlas, mientras que únicamente el 16,07 % no confía en poder frenar esas incomodidades.

Figura 11.22 Estadísticos de frecuencias

“Pienso en que podré resistir las incomodidades del parto”

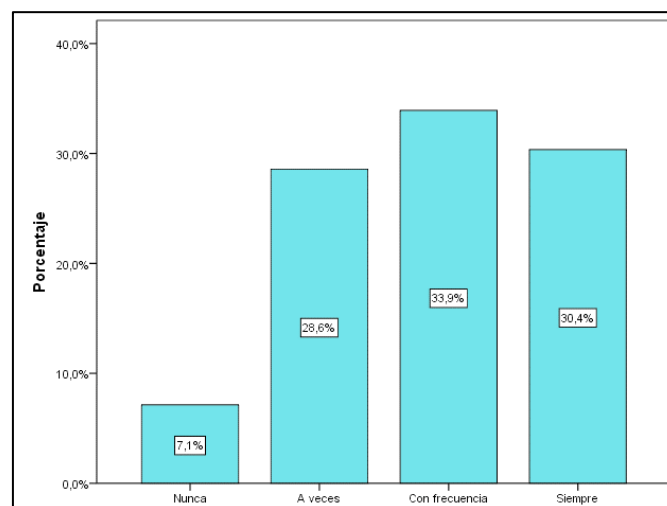


Por último, el análisis de la variable *“sé lo que debo a hacer cuando tenga contracciones”*, revela que el 33,9% de la muestra *“con frecuencia”* sabrá lo que tiene que hacer cuando aparezcan las contracciones. Únicamente el 7,1% desconoce cómo actuar o qué hacer cuando llegue el momento del parto.

En este ítem, la proximidad de las gestantes al momento del parto influye, ya que suelen acudir a cursos de preparación al parto a mitad o al final del embarazo, condicionando entonces, la valoración que pueden aportar sobre la información y preparación que tienen sobre él.

Figura 11.23 Estadísticos de frecuencias

“Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones”.



Discusión de resultados: preparación al parto

Es lógico pensar que puedan existir diferencias en la dimensión “*preparación al parto*”, en función del momento del embarazo en el que las gestantes se encuentren.

Tras el análisis del ítem “*sé lo que tengo que hacer cuando tenga contracciones*”, hemos podido comprobar cómo las gestantes respondieron: “*con frecuencia*” y “*a veces*” con un 64,3% de representación entre ambas opciones. Dependiendo del momento del embarazo en el que cada una se sitúe, ello podrá influir en el conocimiento sobre cómo ha de ser su actuación cuando se aproxime el momento del parto y se produzcan las primeras contracciones.

Antes de dar por término esta dimensión, hemos de advertir que, no podemos confirmar una ausencia total de preparación para el parto en la muestra, pero tampoco podemos asegurar que la información que las gestantes posean sea la más oportuna, científica o fiable. Por lo anteriormente expuesto, aunque el conocimiento sobre el parto haya sido evaluado de forma aceptable, aún queda bastante camino por recorrer, eso sin mencionar la necesidad de actuar sobre la calidad de la información que reciben.

Dimensión: calidad de relación con la madre

A continuación y a partir del análisis de los ítems 6, 9, 10, 14, 17, 22, 28, 32 y 36 daremos a conocer el tipo de relación que existe entre las gestantes y sus progenitoras.

Las puntuaciones no son elevadas en todos los ítems, las mayores puntuaciones corresponden a los ítems 22 y 36 (“*discuten a menudo con sus madres*” y “*las madres critican sus decisiones*”). El análisis de los resultados procedentes de estas dos variables muestra una calidad de relación con la madre algo afectada por factores similares a los descritos en las variables sociodemográficas.

Las puntuaciones en ítems como el 6 o el 28, relativos a “*mi madre está ilusionada con el bebé que espero*” o “*mi madre me da ánimos cuando dudo de mi misma*” presentan curiosamente puntuaciones bastante similares. Ciertamente, estos resultados perfilan de nuevo una muestra heterogénea, dada la disparidad de respuestas que las gestantes han ofrecido. En las entrevistas también se puede dilucidar grandes diferencias entre las familias a las que pertenecen las adolescentes.

Determinar un perfil único de relación madre-hija resulta bastante complejo, por un lado, porque identificamos grandes diferencias entre las gestantes encuestadas, y por otro, porque mientras que los desacuerdos en temas familiares son bastante comunes, también lo son los apoyos y consejos que las adolescentes reciben de sus madres en momentos difíciles.

Tras esta breve disertación, damos comienzo al análisis de los ítems que formarán parte de esta dimensión con el fin de obtener una visión general de la misma.

Tabla 11.33 Estadísticos de medias

Calidad de relación con la madre

| | Ítem 6: Mi madre está ilusionada con el bebé que espero | Ítem 9: Mi madre está contenta con mi embarazo | Ítem 10: Mi madre me da buenos consejos | Ítem 14: No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas | Ítem 17: Mi madre ya espera a su nieto | Ítem 22: Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo | Ítem 28: Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma | Ítem 32: Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera | Ítem 36: Mi madre critica mis decisiones |
|------------|---|--|---|---|--|---|---|---|--|
| Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 6,384 | 5,536 | 6,116 | 5,982 | 6,339 | 6,786 | 6,295 | 5,982 | 6,563 |
| Mediana | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 6,250 | 7,500 | 5,000 | 5,000 | 7,500 |
| Moda | 5,0 | 5,0 | 5,0 ^a | 2,5 ^a | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Desv. típ. | 2,6509 | 2,6847 | 2,6509 | 2,7252 | 2,5657 | 2,5546 | 2,7382 | 2,6405 | 2,7204 |
| Asimetría | ,044 | ,467 | ,051 | ,110 | ,005 | -,026 | ,039 | ,197 | -,070 |
| Curtosis | -1,217 | -1,004 | -1,196 | -1,272 | -1,105 | -1,240 | -1,294 | -1,142 | -1,294 |

El análisis del ítem 14 “*no me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas*” revela una comunicación madre-hija que dependerá en gran parte de las circunstancias familiares que estén experimentando. En este sentido, el 58,9% reconoce haber experimentado problemas familiares graves. Así, por ejemplo, un entorno familiar conflictivo podría influir en la dificultad para comunicar los problemas que pudieran estar experimentando.

Al conocer estos resultados vamos a indagar sobre las diferencias que pueden darse entre las menores de edad (Grupo 1) y las mayores de edad (Grupo 2) en el ítem 14.

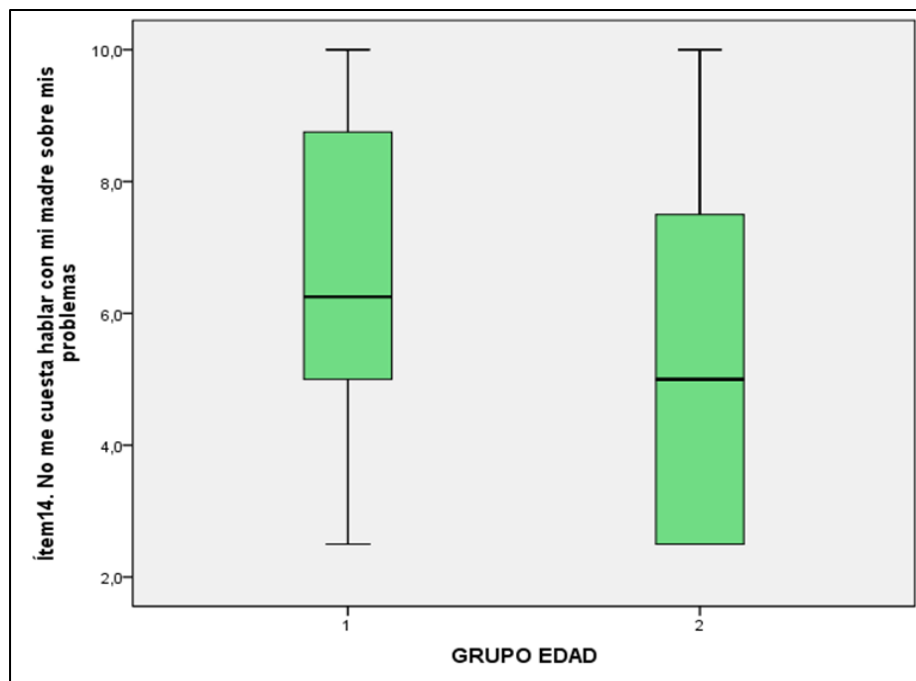
Como se aprecia en Figura 11.25, el grupo de gestantes mayores de edad ha reflejado puntuaciones más bajas que las menores, si bien, hemos de recordar que se trata de un análisis descriptivo. Los resultados pueden responder a que las menores de

edad necesitan conversar con sus madres de sus problemas con mayor frecuencia que las mayores de edad, especialmente debido a su juventud y a la falta de experiencia en la materia. No obstante, prácticamente las diferencias son imperceptibles (6,339 en menores de edad frente a 5,625 en mayores de edad).

Si bien, no debemos caer en el error de generalizar, ya que la muestra presenta una gran diversidad de gestantes, donde algunas mayores de edad necesitan hablar con sus madres de los problemas tanto o más como las menores de edad.

Figura 11.24 Estadísticos de medias en función de la edad

No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas



El ítem 17 “*mi madre ya espera a su nieto*”, también pertenece a la dimensión calidad de relación con la madre y a continuación será objeto de análisis.

La relación gestante-madre en ocasiones puede ser conflictiva, sin embargo, esta realidad no tiene por qué afectar a la relación que la abuela establecerá con su nieto. De hecho, como podemos verificar en Tabla 11.34, una gran parte de ellas espera su llegada.

Tabla 11.34 Estadísticos de frecuencias

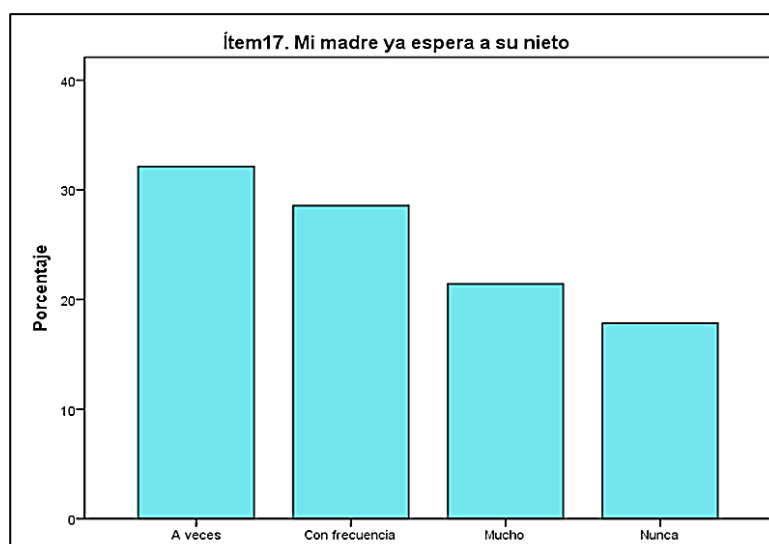
Mi madre ya espera a su nieto

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 18 | 32,1 | 32,1 | 32,1 |
| | Con frecuencia | 16 | 28,6 | 28,6 | 60,7 |
| | Mucho | 12 | 21,4 | 21,4 | 82,1 |
| | Nunca | 10 | 17,9 | 17,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En este sentido, la mayoría de las madres de las participantes manifestaron un deseo de conocer a su nieto (82,1%). Hallamos resultados muy repartidos, pues un 32% alegó que “a veces” su madre esperaba a su nieto, mientras otro 28,6% advirtió que “con frecuencia” lo esperaba. Estos resultados nos conducen a poder confirmar que las abuelas en general, sí esperan a sus nietos durante el embarazo de sus hijas.

Figura 11.25 Estadísticos de frecuencias

Mi madre ya espera a su nieto



En cuanto a la ilusión que experimentan las madres con el bebé que sus hijas esperan, el 33,9% de las participantes reconoce que esta ilusión sólo tiene lugar de

forma ocasional, es decir, “a veces”. Si bien, se aprecian puntuaciones próximas a ésta que reflejarían cierta heterogeneidad muestral.

Figura 11.26 Estadísticos de frecuencias

Mi madre está ilusionada con el bebé que espero.

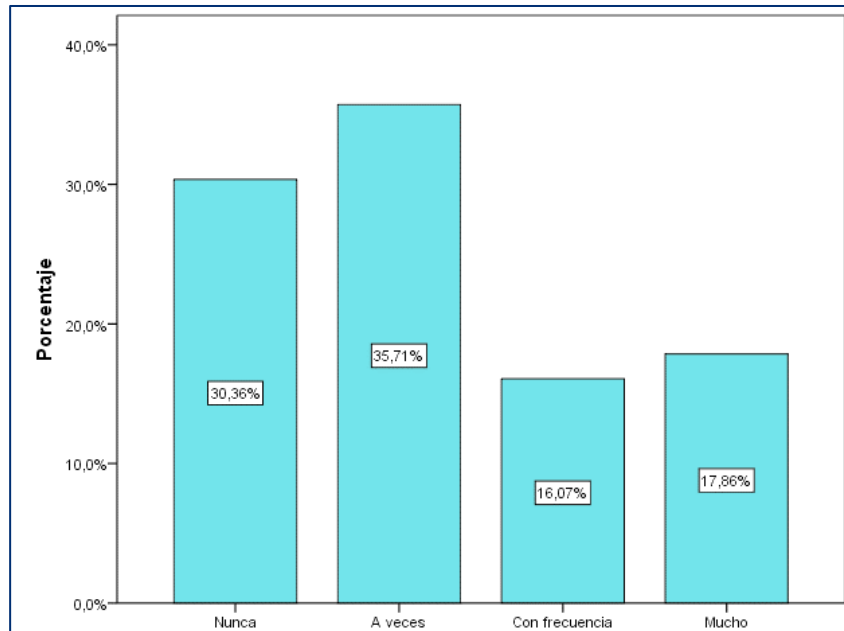
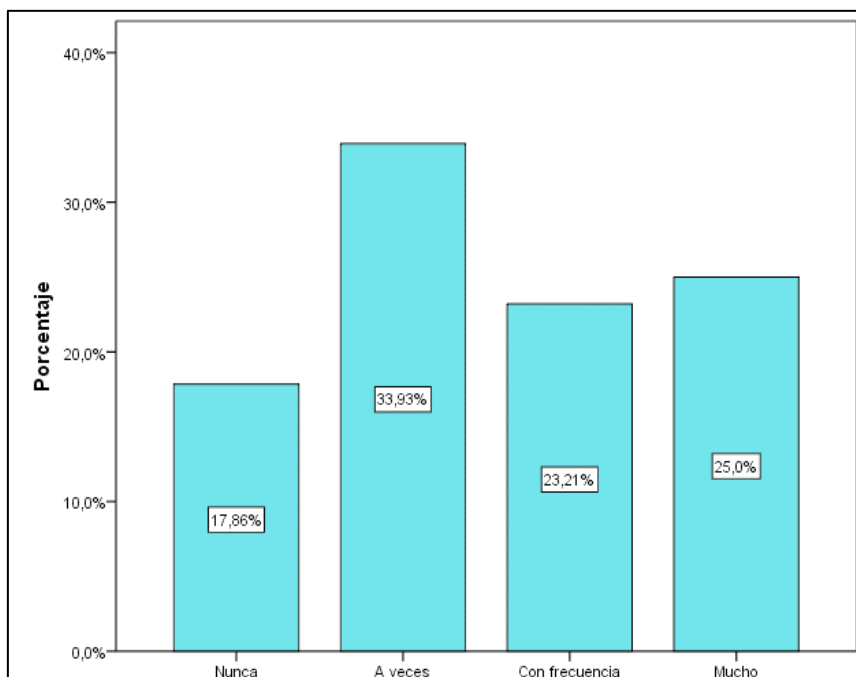


Figura 11.27 Estadísticos de frecuencias

Mi madre está contenta con el embarazo

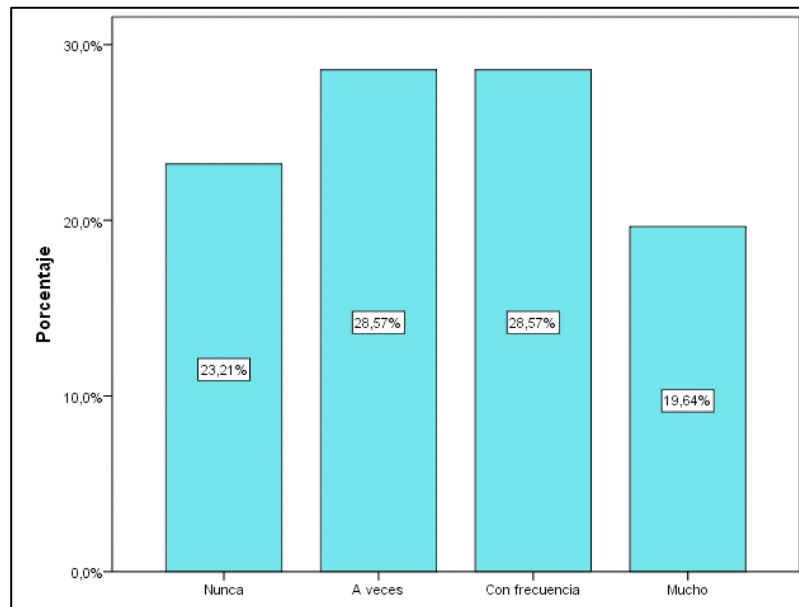


De este modo, en Figura 11.27 identificamos también, cómo el 33,93% de las abuelas de las gestantes “a veces” están contentas con el embarazo de sus hijas,

mientras que otro 17,66%, es decir, el menor porcentaje de la muestra, corresponde a las que declaran que sus madres “nunca” están contentas con el embarazo. Deducimos pues, que el embarazo generará ilusión pero no causará excesivo entusiasmo entre las futuras abuelas, a pesar de que el bebé pueda ser bien recibido en un futuro próximo.

Figura 11.28 Estadísticos de frecuencias

Mi madre me da buenos consejos



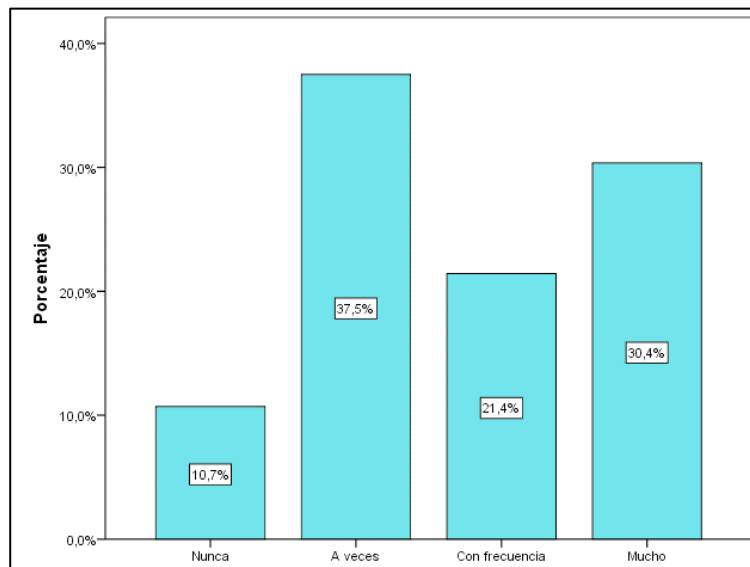
Respecto a los consejos que pueden recibir de sus madres, las gestantes “con frecuencia” y “a veces” reconocen que sí los reciben. El menor porcentaje se asocia a las que argumentan que esos buenos consejos los reciben “mucho”.

Al indagar más en la dimensión “calidad de relación que mantienen con las madres”, podemos inferir cómo en lo que respecta a las discusiones que ambas mantienen, los porcentajes más altos corresponden al grupo de gestantes que “mucho” (30,4%) y “a veces” (37,5%) discuten con ellas cuando pasan tiempo juntas. Asistimos de nuevo a una gran variabilidad de respuestas en la muestra (Figura 11.29).

Es normal que las discusiones entre las gestantes y sus madres sean frecuentes, pues como apuntábamos en el marco teórico, se encuentran en la adolescencia y están experimentando cambios bruscos físicos, emocionales, sociales y psicológicos.

Figura 11.29 Estadísticos de frecuencias

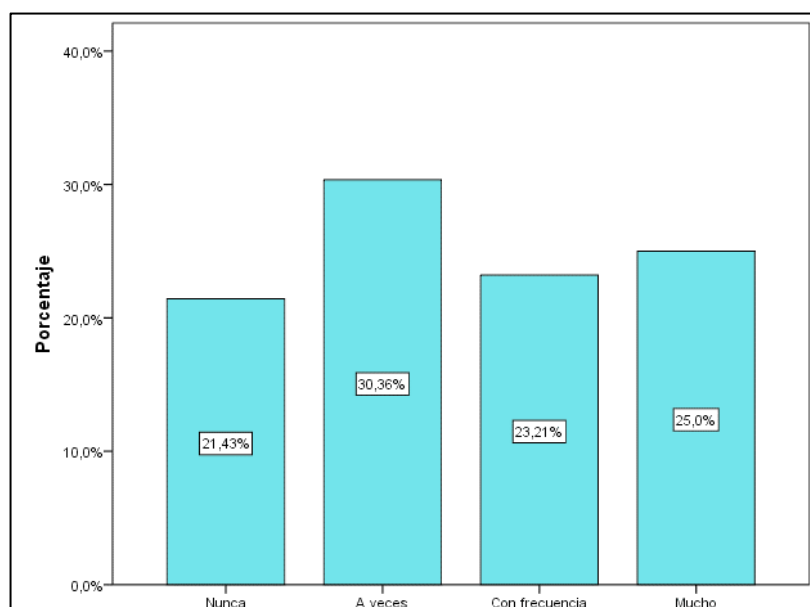
Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos a menudo.



En lo que concierne a si las gestantes suelen ser animadas por sus madres cuando lo necesitan, hallamos porcentajes muy repartidos entre las distintas opciones. Por un lado, aproximadamente un 30% de ellas estima que “*a veces*” son animadas y otro 25% considera que esto ocurre “*mucho*”. Por el contrario, también predominan gestantes que reconocen que “*nunca*” disfrutaron de ese apoyo emocional que les hubiera gustado recibir y que las madres podrían haberles proporcionado cuando dudaban de sí mismas (21,43%).

Figura 11.30 Estadísticos de frecuencias

Mi madre me da ánimos cuando dudo de mí misma



En lo que respecta al ítem 28 “*mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera*”, éste representa la concesión de autonomía por parte de la madre a la gestante a la hora de actuar. En este caso, el 33,93% de ellas sostiene que “*a veces*” son animadas a hacer las cosas a su manera, no obstante, los porcentajes están bastante repartidos.

Figura 11.31 Estadísticos de frecuencias

Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera.

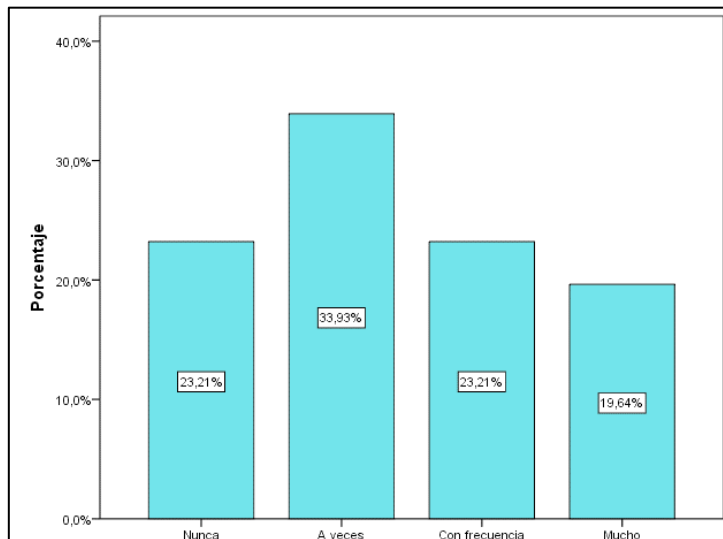
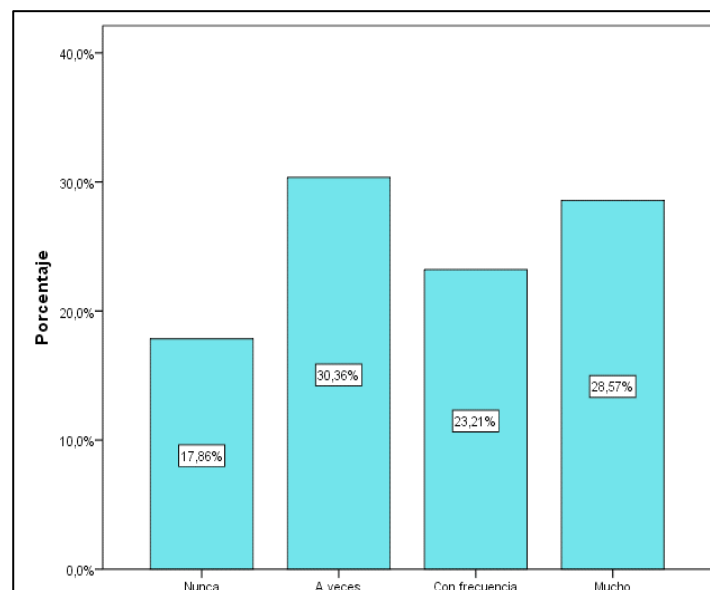


Figura 11.32 Estadísticos de frecuencias

Mi madre critica mis decisiones



Si atendemos al análisis de cómo la adolescente toma sus propias decisiones durante su embarazo, detectamos cómo un 30,36% coincide en desvelar que “*a veces*”

se producen críticas por parte de sus madres. A esta proporción de gestantes, le sigue el 28,57% que manifiesta ser criticada “mucho” durante el embarazo.

Discusión de resultados: calidad de relación con las madres

En lo que respecta a la ilusión que manifiestan las futuras abuelas por sus nietos, sólo un 21,4% de las gestantes indicó que sus madres se sentían “muy ilusionadas”. Ante esta información cabría preguntarse, si esa limitada ilusión de las futuras abuelas está afectando al apoyo que confieren a sus hijas durante la gestación. Probablemente, este porcentaje no muy elevado se deba a muy diversas causas, entre ellas, la juventud de las adolescentes.

Estas puntuaciones continúan en la línea de lo anteriormente expuesto, no son negativos los resultados, pero sin embargo, no predominan puntuaciones cercanas a 10. Estos resultados también pueden deberse al inevitable impacto inicial que posiblemente han podido experimentar las madres al conocer el embarazo de sus hijas.

Respecto al hecho de no costarles esfuerzo conversar con sus madres sobre sus problemas durante la gestación, la mayor parte de ellas alegó que “nunca” sucedía. Estas puntuaciones intermedias no muy claras evidencian cómo con frecuencia pueden producirse dificultades y situaciones de tensión familiar fruto no sólo de un embarazo, sino de una adolescencia.

En relación a si discutían madres e hijas, los resultados revelan evidentes problemas de comunicación o desacuerdos entre ambas. Resultaría interesante conocer cómo eran las discusiones antes del embarazo para observar si fueron verdaderamente significativas durante la gestación.

Si indagamos en cómo las madres y futuras abuelas durante el embarazo fomentaron la ansiada independencia necesaria para que la hija pudiera ser autónoma en su rol, asistiremos a una limitada concesión. Ello puede deberse a la corta edad y limitada experiencia en materia de embarazo, y a que ceder y dejar a las gestantes “hacer las cosas a su manera” implicaría por parte de las abuelas, facilitar una independencia en la toma de decisiones para la cual a su juicio, pueden no estar suficientemente preparadas. De hecho, las abuelas parecen no estar muy dispuestas a darles esa concesión de libertad.

No debe obviarse en absoluto que las madres, partiendo de la gestación de sus hijas, podrían haber tomado una postura tal vez, de mayor sobreprotección hacia ellas, lo que podría desembocar también en una actitud excesivamente crítica hacia las mismas.

Cuando las gestantes se aproximan a la maternidad, con frecuencia reciben consejos sobre el cuidado de sus bebés. Sin embargo, estos consejos llegan sin pedirlos y a veces en forma de crítica no constructiva. A ellas, en estos casos, les gustaría que los demás fueran respetuosos, ofreciendo consejos sólo cuando ellas los precisan y/o solicitan.

Antes de dar por término esta dimensión, podemos concluir que, las futuras abuelas sí esperan a sus nietos durante el embarazo de sus hijas y por lo tanto, se entiende que exista un apoyo y un deseo común general respecto al nacimiento del bebé.

Dimensión: Preocupación por el bienestar propio y del bebé

El análisis de las preocupaciones por el bienestar propio y del bebé en nuestra muestra arroja puntuaciones muy heterogéneas, que responden también a la propia individualidad y peculiaridad de cada adolescente participante que afronta su embarazo.

El conocimiento de estas preocupaciones es fundamental, especialmente, porque puede ser necesaria una asistencia psicológica y por el impacto que puede causar el embarazo desde un punto de vista psicológico en la futura madre (Neto, Marques & Rocha, 2008).

Al observar el gráfico de medias de los ítems que confieren sentido a esta dimensión (Tabla 11.35 y 11.36), identificaremos cómo la puntuación media de los ítems implicados en la dimensión, supera el cinco sobre diez, siendo la media 6,58. Las puntuaciones más altas se dan en el ítem 7: *“me preocupa que el bebé pueda tener alguna enfermedad o problemas físicos o mentales”* y en el ítem 8: *“soy pesimista, me pongo en lo peor cuando me duele algo”*.

Las puntuaciones inferiores corresponden al ítem 37: *“no puedo dejar de pensar en los problemas que puedan surgir en el parto”*, estas puntuaciones pueden estar relacionadas con el hecho de que algunas de ellas todavía no han percibido que el momento del parto esté próximo en el tiempo. Es posible que la gestante sienta que el

día del parto queda lejano en el tiempo como para pensar en problemas y dificultades que puedan derivarse del mismo.

El apoyo que pueda proporcionar la pareja durante el parto podrá atenuar las preocupaciones y temores de la adolescente. Además, afrontar un embarazo juntos, puede ser una forma de poder estrechar lazos y compartir una experiencia vital que marcará sus vidas.

Tabla 11.35 Estadísticos de medias

Preocupación en el embarazo

| | | |
|------------|----------|-----------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,582341 |
| Mediana | | 6,666667 |
| Moda | | 8,8889 |
| Desv. típ. | | 1,9676962 |
| Asimetría | | -,198 |
| Curtosis | | -,998 |

Al comienzo del análisis de los resultados registrados en esta dimensión, llama nuestra atención cómo en el ítem “*me preocupa que el bebé pueda tener alguna enfermedad o problemas físicos o mentales*” el 37,5% de ellas reconoció experimentar esta preocupación de forma ocasional, es decir, tan solo “*a veces*” (ver figura 11.33).

Argote y Vásquez (2007) expusieron cómo muchas gestantes antes del nacimiento intentaban evitar situaciones que les generaban sentimientos negativos (tristeza, rabia, angustia) pues sabían que estos podrían afectar a sus bebés. En nuestro caso además, estas preocupaciones ocasionales pueden explicarse dada la juventud de las gestantes y a que las enfermedades físicas no han sido para ellas un motivo de preocupación en su pasado más reciente.

Estas preocupaciones son ciertamente normales, como afirman Dana y Marion (1983), “*la mujer cuando llega a ser madre adquiere una dimensión nueva, una visión más amplia de la existencia; multiplica sus funciones y sus responsabilidades*” (Dana y Marion, 1983; p. 59).

Tabla 11.36 Estadísticos de medias

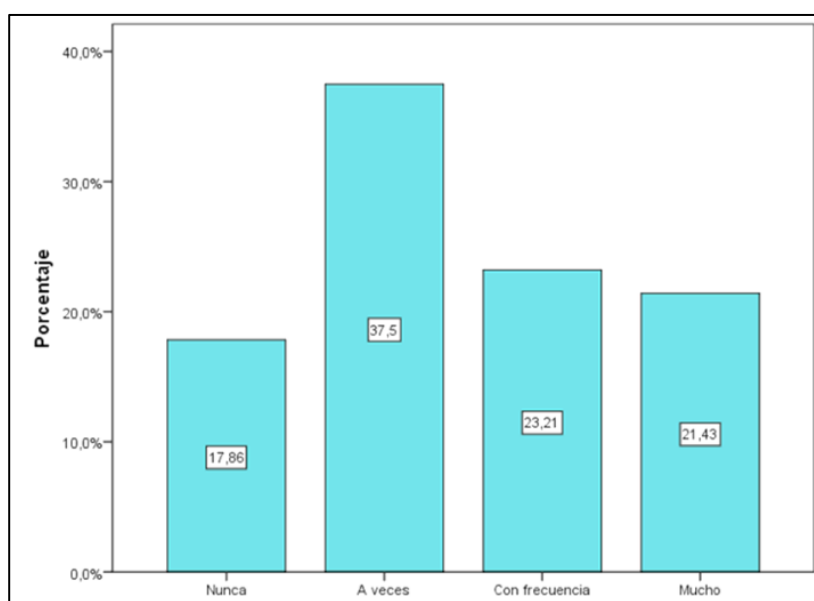
Preocupación en el embarazo

| | Ítem 7: Me preocupa que el bebé pueda tener alguna enfermedad... | Ítem 8: Soy pesimista, me pongo en lo peor... | Ítem 16: No dejo de pensar en los problemas... | Ítem 18: Me preocupa que el parto se alargue... | Ítem 21: Tengo miedo a que puedan hacerme daño... | Ítem 25: Me angustian las posibles complicaciones del parto | Ítem 30: Me preocupa que algo pueda ir mal... | Ítem 35: Tengo miedo de perder el bebé durante el parto | Ítem 37: No puedo dejar de pensar en los problemas... |
|-------------|--|---|--|---|---|---|---|---|---|
| Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 6,205 | 6,161 | 5,893 | 6,027 | 5,759 | 5,982 | 5,804 | 5,938 | 5,491 |
| Mediana | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| Moda | 5,0 | 5,0 | 7,5 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Desv. típ. | 2,5669 | 2,8189 | 2,6297 | 2,6448 | 2,2320 | 2,5530 | 2,1902 | 2,5921 | 2,4504 |
| Asimetría | ,154 | ,092 | ,101 | ,243 | ,464 | ,195 | ,321 | ,195 | ,309 |
| Curtosis | -1,090 | -1,365 | -1,190 | -1,131 | -,393 | -1,040 | -,468 | -1,088 | -,918 |
| Percentiles | 25 | 5,000 | 3,125 | 2,500 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 2,500 |
| | 50 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| | 75 | 7,500 | 9,375 | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 | 7,500 |

En esta Tabla 11.36 hemos podido identificar las medias obtenidas en cada uno de los ítems que conforman esta dimensión.

Figura 11.33 Estadísticos de frecuencias

Ítem 7: Me preocupa que el bebé pueda tener alguna enfermedad



Además de esta preocupación en torno a que el bebé pueda tener alguna enfermedad, articularemos el análisis de otro ítem interesante relativo a esta dimensión:

“me preocupa que el bebé pueda tener alguna enfermedad” (ítem 16). En este caso, el menor porcentaje lo reúne el 16,07% de las adolescentes, quienes se perciben pesimistas respecto al tema (con una frecuencia de “mucho”).

Figura 11.34 Estadísticos de frecuencias

Ítem 16: *No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener.*

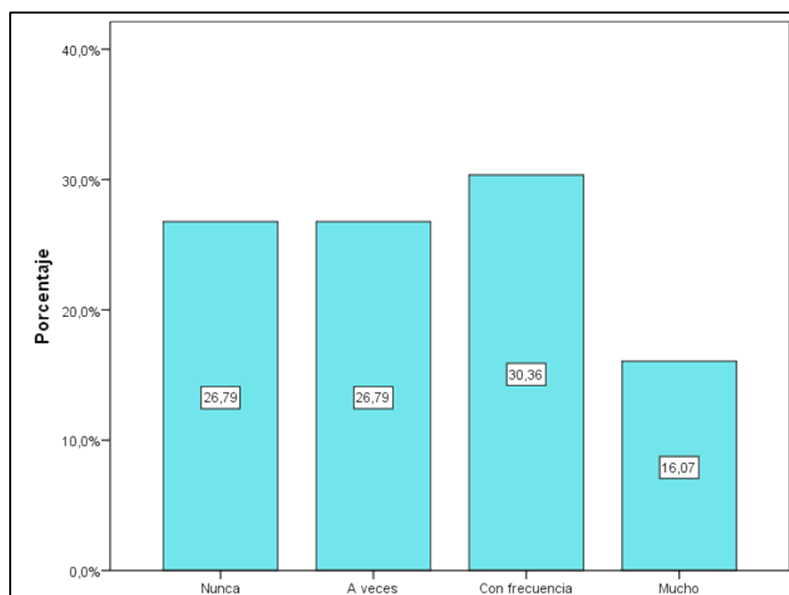


Tabla 11.37 Estadísticos de frecuencias

Ítem 18: *Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y eso le afecte al bebé*

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 12 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | A veces | 21 | 37,5 | 37,5 | 58,9 |
| | Con frecuencia | 11 | 19,6 | 19,6 | 78,6 |
| | Mucho | 12 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Como se puede apreciar en Tabla 11.37, los porcentajes están bastante repartidos en cuanto al miedo a que el parto pueda alargarse más de lo normal. Estos resultados nos sorprenden, pues estas adolescentes frente a otras adultas, como apuntan Neto y Rocha (2008), constituyen un grupo de riesgo, están más sujetas a complicaciones como: la eclampsia, la anemia, el parto prematuro y a tener recién nacidos de bajo peso (Neto y Rocha, 2008, p.3).

Continuando con el estudio de esta dimensión, identificamos también cómo la mitad de las participantes desveló que “*a veces*” les daba miedo poder sufrir daños en el parto (50%), por otra parte, únicamente 7 de ellas reconocieron experimentar “*mucho*” miedo.

Tabla 11.38 Estadísticos de frecuencias

Ítem 21: Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 9 | 16,1 | 16,1 | 16,1 |
| | A veces | 28 | 50,0 | 50,0 | 66,1 |
| | Con frecuencia | 12 | 21,4 | 21,4 | 87,5 |
| | Mucho | 7 | 12,5 | 12,5 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Tabla 11.39 Estadísticos de frecuencias

Ítem 25: Me angustian las posibles complicaciones del parto.

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 12 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | A veces | 20 | 35,7 | 35,7 | 57,1 |
| | Con frecuencia | 14 | 25,0 | 25,0 | 82,1 |
| | Mucho | 10 | 17,9 | 17,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Respecto a los miedos e inseguridades que suelen atormentar a las gestantes durante el embarazo, advertimos también, cómo “*a veces*” se angustian al pensar en las posibles complicaciones que pueden aparecer (35,7%). De la muestra, sólo a 10 de ellas les angustia “*mucho*” la idea de que acontezcan diversas complicaciones.

En la misma dirección, evidenciamos cómo el 46,4% de ellas “*a veces*” siente preocupación por este tipo de complicaciones. Como apuntaban Argote y Vásquez (2007), aunque el embarazo y el parto sean procesos normales, propios de la mujer, y además tengan un marcado carácter biológico, en cada cultura se conciben de forma diferente. Es decir, el embarazo no deja de ser un proceso biológico que está moldeado

por la sociedad, de hecho cada familia lo percibe de forma diferente. Esto explicaría en parte, por qué nuestros porcentajes están tan repartidos y las respuestas son tan heterogéneas entre las participantes.

Tabla 11.40 Estadísticos de frecuencias

Ítem 30: Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Nunca | 9 | 16,1 | 16,1 | 16,1 |
| A veces | 26 | 46,4 | 46,4 | 62,5 |
| Con frecuencia | 15 | 26,8 | 26,8 | 89,3 |
| Mucho | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En consonancia con lo que venimos argumentando, a continuación examinaremos si las gestantes tienen pensamientos frecuentes relacionados con problemas que pueden sufrir en el parto. En este caso, observaremos cómo a 6 adolescentes les invade “mucho” este tipo de pensamientos, mientras a otras 19 gestantes sólo les sucede “a veces”. Como se puede deducir, predomina de nuevo una gran heterogeneidad de respuestas entre las participantes en cuanto a la preocupación que manifiestan.

Tabla 11.41 Estadísticos de frecuencias

Ítem 37: No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto

Ítem 37: No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Nunca | 16 | 28,6 | 28,6 | 28,6 |
| A veces | 19 | 33,9 | 33,9 | 62,5 |
| Con frecuencia | 15 | 26,8 | 26,8 | 89,3 |
| Mucho | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Discusión de resultados: preocupación por el bienestar del bebé y de sí misma

Todos los ítems en esta dimensión han superado la media (5), sin embargo, algunos de ellos han alcanzado una puntuación ligeramente más elevada, como es el caso del miedo a perder el bebé.

En esta línea, tras examinar la muestra, advertimos cómo “*a veces*” una gran parte de ellas ha experimentado preocupación sobre aspectos relacionados con el bebé. Identificamos también, como el mayor acuerdo en esta dimensión se da en un 46,4% de ellas, quienes “*a veces*” han mostrado preocupación al anticipar que algo pudiera ir mal durante el parto.

La variabilidad de respuestas manifestadas pone de relieve cómo la personalidad de cada gestante, es única y diferente al resto, siendo el miedo al parto un miedo particular en cada una de ellas.

Tras esclarecer los resultados de esta dimensión, hemos podido probar cómo algunas adolescentes “*a veces*” reconocen angustiarse por problemas que podrían acontecer en el parto, aproximadamente el 33,9% de ellas así lo expresó. Este porcentaje está muy próximo al de las gestantes que, “*nunca*” o “*con frecuencia*” se angustian por este tema.

Las adolescentes en general, experimentan ciertos miedos ante el parto, aún desconocido y no experimentado. No obstante, el mayor miedo que mostraron atendiendo a sus afirmaciones, fue el miedo a perder el bebé.

El contar o disponer de una figura de apoyo importante, tener confianza en sus posibilidades o incluso, ser optimista, son factores que pueden ayudar a la gestante a preocuparse por el embarazo, pero en su justa medida.

Como afirman Dana y Marion (1983), “*la adaptación del organismo a este embarazo provocará molestias más o menos importantes, muchas desaparecerán a partir del tercer mes*” (Dana y Marion, 1983; p. 47).

A continuación damos paso a la exploración de otra de las dimensiones más importantes para la gestante, ya que de ella dependerá el buen transcurso del embarazo así como su futura maternidad. Se trata de la dimensión: “*identificación satisfactoria con el rol materno*”.

Dimensión: identificación satisfactoria con el rol materno

Para poder extraer información relevante de esta dimensión, hemos de profundizar en el análisis de los ítems 39, 40, 41 y 42 del cuestionario.

Tabla 11.42 Estadísticos de medias*Identificación satisfactoria con el rol materno*

| | | |
|------------|----------|----------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 7,46652 |
| Mediana | | 8,12500 |
| Moda | | 8,750 |
| Desv. tip. | | 1,699848 |
| Asimetría | | -,791 |
| Curtosis | | -,159 |

En Tabla 11.42 aparece representada la media obtenida en esta dimensión a partir de los ítems que la conforman. Es una media relativamente alta si la comparamos con otras dimensiones del cuestionario.

Tabla 11.43 Estadísticos de medias*Identificación satisfactoria con el rol materno*

| Identificación satisfactoria con el rol materno | | Ítem 39. Ya siento afecto por el bebé | Ítem 40. Creo que puedo ser una buena madre | Ítem 41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé | Ítem 42. Estoy feliz con este embarazo |
|---|----------|---------------------------------------|---|--|--|
| N | Válidos | 56 | 56 | 56 | 56 |
| | Perdidos | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | | 8,080 | 6,920 | 8,214 | 6,652 |
| Mediana | | 7,500 | 7,500 | 10,000 | 7,500 |
| Moda | | 10,0 | 7,5 | 10,0 | 7,5 |
| Desv. tip. | | 2,1315 | 2,0775 | 2,1167 | 2,2501 |
| Asimetría | | -,838 | -,126 | -,780 | -,193 |
| Curtosis | | -,121 | -,578 | -,606 | -,657 |
| Percentiles | 25 | 7,500 | 5,000 | 7,500 | 5,000 |
| | 50 | 7,500 | 7,500 | 10,000 | 7,500 |
| | 75 | 10,000 | 7,500 | 10,000 | 7,500 |

Las puntuaciones son bastante altas especialmente en algunos ítems (como por ejemplo, el ítem 39), lo que evidencia que las gestantes tienen muy presente que ya

sienten afecto por el bebé, se sienten felices, y además, por lo general, creen que podrán ser buenas madres.

Respecto al ítem 41: “*tengo la sensación de que disfrutaré del bebé*”, y tal y como confirman las entrevistas, las gestantes pueden imaginarse durante su embarazo a sí mismas junto a sus bebés disfrutando de su compañía.

Las adolescentes se identifican además, con el rol materno, esta realidad es determinante para su adaptación al embarazo y maternidad. Hemos de precisar que, aunque algunas adolescentes no se encontraban en estado avanzado de gestación cuando respondieron a este cuestionario, todas habían asumido que seguirían adelante, ello explicaría además este resultado tan optimista.

Las participantes estiman que con frecuencia podrán ser buenas madres (42,9%), estas respuestas son alentadoras en lo que respecta a la adaptación al embarazo, ya que únicamente 3 gestantes creen que “*nunca*” podrán ser buenas madres. Cabría preguntarse al respecto qué significa ser buena madre para estas adolescentes.

Tabla 11.44 Estadísticos de frecuencias

Ítem 40. Creo que puedo ser una buena madre

| Ítem 40. Creo que puedo ser una buena madre | | | | | |
|---|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Nunca | 3 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| | A veces | 18 | 32,1 | 32,1 | 37,5 |
| | Con frecuencia | 24 | 42,9 | 42,9 | 80,4 |
| | Mucho | 11 | 19,6 | 19,6 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Nuestro propósito a continuación, a partir de las respuestas registradas, es conocer la ilusión que manifiestan frente al hijo que esperan. Para tal efecto, hemos de recurrir al análisis del ítem “*tengo la sensación de que disfrutaré del bebé*”. En él se refleja cómo más de la mitad de las gestantes esperan disfrutar de su bebé (51,8%). Únicamente una de ellas niega tener la sensación de que disfrutará de él, siendo este un resultado alentador para la investigación.

Tabla 11.45 Estadísticos de frecuencias*Ítem 41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé.*

Ítem 41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Nunca | 1 | 1,8 | 1,8 | 1,8 |
| | A veces | 11 | 19,6 | 19,6 | 21,4 |
| | Con frecuencia | 15 | 26,8 | 26,8 | 48,2 |
| | Mucho | 29 | 51,8 | 51,8 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Por otra parte, también hemos de examinar los porcentajes que se obtienen en el ítem 39 “*ya siento afecto por el bebé*”, en él la mayor puntuación recae en “*mucho*” (46,4%) y “*con frecuencia*” (33,9%); siendo “*nunca*” (3,6%) y “*a veces*” (16,1%) las opciones menos seleccionadas por la muestra, pues no alcanzarían el 20% del total. Este resultado optimista refleja una identificación con el rol materno bastante satisfactoria. Sin embargo, no hemos de obviar que, 11 gestantes o bien sólo “*a veces*” (9 gestantes) o “*nunca*” (2 gestantes) han sentido afecto por él.

Tabla 11.46 Estadísticos de frecuencias*Ítem 39. Ya siento afecto por el bebé*

Ítem39. Ya siento afecto por el bebé

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 9 | 16,1 | 16,1 | 16,1 |
| | Con frecuencia | 19 | 33,9 | 33,9 | 50,0 |
| | Mucho | 26 | 46,4 | 46,4 | 96,4 |
| | Nunca | 2 | 3,6 | 3,6 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

A pesar de no ser el 19,7% un porcentaje muy elevado, sí nos alarma, ya que, según la información vertida, estas gestantes no sentirían con frecuencia afecto por su bebé. Volviendo a Neto y Rocha (2008), hemos de recordar que la gestante a menudo se enfrenta a una inestabilidad emocional y a una necesidad de afecto, y a veces, más que

dar apoyo necesita recibirlo. Probablemente, estas gestantes que no sienten afecto por el bebé necesiten también recibir afecto por parte de su entorno familiar o social más próximo.

En Tabla 11.47 se representa el análisis de las medias de centralización del ítem 39. En él la media toma el valor de 8,08, teniendo una mediana de 7,5 (es decir, el 50% de los valores están por debajo de ese valor) y una moda de 10. En lo que respecta a las medidas de posición, el primer cuartil toma un valor de 7,5 (es decir, el 25% de los datos están por debajo de ese valor) y el tercer cuartil un valor de 10 (es decir, el 75% de los datos están por debajo de ese valor).

Tabla 11.47 Estadísticos de medias

Ítem 39: Ya siento afecto por el bebé

| | | Ítem 39. Ya siento afecto por el bebé |
|-------------------------|----------|---------------------------------------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 8,080 |
| Mediana | | 7,500 |
| Moda | | 10,0 |
| Desv. típ. | | 2,1315 |
| Asimetría | | -,838 |
| Error típ. de asimetría | | ,319 |
| Curtosis | | -,121 |
| Error típ. de curtosis | | ,628 |
| Mínimo | | 2,5 |
| Máximo | | 10,0 |
| Percentiles | 25 | 7,500 |
| | 50 | 7,500 |
| | 75 | 10,000 |

Una vez que conocemos el afecto que presenta la gestante por su bebé, nos detendremos en el ítem 42: *“estoy feliz con el embarazo”*, en él podemos comprobar cómo la mayor puntuación se va a localizar en *“a veces”* (30,4%), mientras que la opción *“nunca”* (10,7%) será la puntuación más baja obtenida en la muestra.

Tabla 11.48 Estadísticos de frecuencias

Ítem 42. *Estoy feliz con este embarazo*

| Ítem 42. Estoy feliz con este embarazo | | | | | |
|--|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 17 | 30,4 | 30,4 | 30,4 |
| | Con frecuencia | 23 | 41,1 | 41,1 | 71,4 |
| | Mucho | 10 | 17,9 | 17,9 | 89,3 |
| | Nunca | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Estos resultados que acabamos de presentar perfilan una identificación con el rol materno bastante optimista. En cuanto a las medidas de centralización del ítem 42 (ver Tabla 11.51), podemos advertir que la media de este ítem toma el valor de 6,65, teniendo una mediana de 7,5 (es decir, el 50% de los valores están por debajo de ese valor) y una moda también de 7,5.

En lo que respecta a las medidas de posición, el primer cuartil tendría un valor de 5 (es decir, el 25% de los datos están por debajo de ese valor) y el tercer cuartil un valor de 7,5 (es decir, el 75% de los datos están por debajo de ese valor). Esto refleja que la felicidad predominaría en un 75% de la muestra. En este sentido y continuando con la exploración de este ítem: “*estoy feliz con el embarazo*”, percibimos algunas diferencias entre las mayores (Grupo 2) y las menores de edad (Grupo 1).

Tabla 11.49 Estadísticos de medias

Ítem 42. *Estoy feliz con este embarazo*

| | | Ítem 42. Estoy feliz con este embarazo |
|-------------------------|----------|--|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,652 |
| Mediana | | 7,500 |
| Moda | | 7,5 |
| Desv. típ. | | 2,2501 |
| Asimetría | | -,193 |
| Error típ. de asimetría | | ,319 |

Las diferencias en función de la edad respecto al sentimiento de felicidad con el embarazo, no son muy evidentes (6,429 frente a 6,875). Las mayores de edad se sienten ligeramente más felices con el embarazo que las menores, dado que, la mayor parte de las que han planificado su embarazo son mayores de edad. Estas diferencias han sido detectadas mediante un análisis descriptivo, por esta razón, no podemos confirmar que sean significativas sin realizar el pertinente análisis inferencial.

Tabla 11.50 Estadísticos de medias

Estoy feliz con este embarazo. Diferencias entre grupos

| GRUPO EDAD | | | Estadístico |
|------------|---|-----------------|-------------|
| 1 | Media | | 6,429 |
| | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 5,577 |
| | | Límite superior | 7,281 |
| | Mediana | | 7,500 |
| | Varianza | | 4,828 |
| 2 | Media | | 6,875 |
| | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 5,975 |
| | | Límite superior | 7,775 |
| | Mediana | | 7,500 |
| | Varianza | | 5,382 |
| | | Desv. típ. | 2,3199 |

Discusión de resultados: identificación con el rol materno

La identificación con el rol materno es una de las dimensiones más importantes en el proceso de adaptación al embarazo, ya que condicionará la práctica e implementación de hábitos saludables por parte de la futura madre, lo que beneficiará a su vez al bebé que espera. En general, se han registrado unas puntuaciones bastante altas, las cuales influirán positivamente en la adaptación de la adolescente al embarazo.

Prácticamente la mitad de las participantes siente afecto por el bebé, todo ello a pesar de que aún no lo tiene entre sus brazos. Además, nuestras gestantes estiman que disfrutarán del bebé cuando éste nazca, esta resolución satisfactoria también es vital para que la adolescente vaya preparándose y adaptándose a la maternidad.

Ellas por lo general, se sienten felices con el embarazo, aproximadamente el 40% “*con frecuencia*” así lo confirma, desafortunadamente, muy próximas a este porcentaje situamos a otras gestantes que sólo “*a veces*” se sienten felices (aproximadamente el 30%). Fruto de las entrevistas, fue posible comprobar cómo su principal preocupación era la de ser feliz a lo largo de su vida, y por tanto, tener un bebé constituía un medio para lograrlo (en detrimento de las metas académicas). La felicidad no suele ser permanente y más aún en su gestación tan precoz, por ello, es ciertamente normal, que algunas embarazadas reconozcan que sólo “*a veces*” se sienten felices.

Entre estas conclusiones podemos incorporar también que la muestra en general, se identifica con el rol materno desde la gestación del hijo. Experiencias personales y sociales se sucederán antes del nacimiento del bebé, y probablemente, y si las circunstancias y el entorno lo permiten, favorecerán dicha identificación. Las gestantes focalizarán en el bebé, un nuevo futuro proyecto de vida, en ese momento, “*el rol materno*”, ocupará para ellas un rol específico, insustituible y único.

Si bien, la personalidad de la gestante, junto con su forma de resolver conflictos durante el embarazo, podrán ejercer una función clave en el quehacer diario, favoreciendo en mayor o menor medida, el proceso de identificación con el rol materno.

Dimensión complementaria: calidad de relación con el padre

Para obtener evidencias en relación a esta dimensión, la atención se focalizará en los ítems 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 51. Estos ítems han sido introducidos de forma complementaria al cuestionario y a partir de ellos, podremos medir la calidad de la relación que la gestante mantendrá con su padre. Ya a simple vista, observamos que las puntuaciones de los ítems son superiores a 4, pero inferiores a 5 sobre 10, lo que indicaría un notable grado de desacuerdo con respecto a los mismos. Las puntuaciones no son nada elevadas, dado que hay gestantes que no tienen una figura paterna de referencia con la que poder interactuar diariamente.

El ítem que cuenta con menor grado de acuerdo es el que alude al entusiasmo que manifiesta el padre de la gestante ante el embarazo de su hija (con una puntuación de 4,063).

Tabla 11.51: Estadísticos de medias*Calidad de relación con el padre*

| Calidad de relación con el padre | | |
|----------------------------------|----------|-----------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 4,871032 |
| Mediana | | 5,555556 |
| Moda | | ,0000 |
| Desv. típ. | | 2,7355191 |

Tabla 11.52: Estadísticos de medias*Calidad de relación con el padre*

| | Ítem 43: Mi padre está ilusionado con el bebé que espero | Ítem 44: Mi padre está contento con mi embarazo | Ítem 45: Mi padre me da buenos consejos | Ítem 46: No me cuesta hablar con mi padre sobre mis problemas | Ítem 47: Mi padre ya espera a su nieto | Ítem 48: Cuando mi padre y yo estamos juntos, discutimos a menudo | Ítem 49: Mi padre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma | Ítem 50: Mi padre me anima a que haga las cosas a mi manera | Ítem 51: Mi padre critica mis decisiones |
|---------------------|--|---|---|---|--|---|---|---|--|
| N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| Válidos | | | | | | | | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Media | 4,866 | 4,063 | 4,688 | 4,866 | 4,464 | 5,911 | 4,821 | 4,821 | 4,375 |
| Mediana | 5,000 | 3,750 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 | 5,000 |
| Moda | 5,0 | 2,5 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Desv. Típica | 3,1050 | 2,9218 | 3,0919 | 3,2129 | 2,7267 | 3,3698 | 3,0097 | 2,9717 | 3,0245 |
| Asimetría | -,131 | ,360 | ,007 | ,050 | -,253 | ,067 | -,247 | -,262 | ,184 |
| Curtosis | -,847 | -,647 | -,836 | -,802 | -,607 | -1,079 | -,864 | -,764 | -,796 |

Las adolescentes debían responder a todos los ítems del cuestionario, independientemente de la relación positiva o negativa que mantuvieran con su figura paterna. Pues aunque en algunos casos la relación era estrecha, en otros podía ser conflictiva pero aún así esporádica, pudiendo existir relación entre ellos en ciertos momentos de la gestación.

Tabla 11.53: Estadísticos de frecuencias*Ítem 43. Mi padre está ilusionado con el bebé que espero*

| Mi padre está ilusionado con el bebé que espero | | | | | |
|---|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No relación | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 8 | 14,3 | 14,3 | 32,1 |
| | A veces | 19 | 33,9 | 33,9 | 66,1 |
| | Con frecuencia | 13 | 23,2 | 23,2 | 89,3 |
| | Mucho | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En el ítem: “*mi padre está ilusionado con el bebé que espero*”, localizamos a diez gestantes que reconocen no mantener relación alguna con ellos. Lo más destacable de los casos examinados, es que únicamente 6 gestantes percibieron que sus padres estaban muy ilusionados con el nacimiento de su nieto.

Tabla 11.54: Estadísticos de frecuencias*“Mi padre me da buenos consejos”*

| Mi padre me da buenos consejos | | | | | |
|--------------------------------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No relación | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 10 | 17,9 | 17,9 | 35,7 |
| | A veces | 19 | 33,9 | 33,9 | 69,6 |
| | Con frecuencia | 11 | 19,6 | 19,6 | 89,3 |
| | Mucho | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En lo que respecta a los consejos proporcionados por los padres (“*mi padre me da buenos consejos*”), una parte importante de las gestantes respondió que sus progenitores les proporcionaban consejos ocasionalmente (33,9%), mientras que otras 10 gestantes no los recibían “*nunca*” (17,9%).

A continuación, investigaremos cómo los padres esperan a sus nietos, recordemos que el papel del padre constituye una figura de apego clave, pues como indican los

autores Ávila, Maldonado, Saldarriaga, Veja & Díaz (2004), “*la maternidad a esta edad se enmarca dentro de lo que algunos autores denominan sistemas familiares de tres generaciones, conformados por abuelos, madres adolescentes y bebés* (Ávila et al., 2004, p. 411).

En esa relación padre/hija durante el embarazo será trascendental cómo el futuro abuelo comienza a prepararse para la llegada de su futuro nieto. Es casi indiscutible el que la relación futura entre el abuelo y el nieto fomentará importantes beneficios psicológicos para ambos, pero también para las futuras madres adolescentes, quienes pueden verse más respaldadas y experimentar mayor bienestar con su maternidad.

Tabla 11.55: Estadísticos de frecuencias

Mi padre ya espera a su nieto

| | | Mi padre ya espera a su nieto | | | |
|---------|----------------|-------------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No relación | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 8 | 14,3 | 14,3 | 32,1 |
| | A veces | 24 | 42,9 | 42,9 | 75,0 |
| | Con frecuencia | 12 | 21,4 | 21,4 | 96,4 |
| | Mucho | 2 | 3,6 | 3,6 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Tal y como se puede apreciar en Tabla 11.55, la mayor parte de las gestantes ha respondido que “*a veces*” su padre “*espera a su nieto*”, mientras únicamente 2 de ellas han reconocido que lo espera “*mucho*”. Como podemos advertir, no se daría un rechazo evidente hacia el nieto, pero tampoco habría lugar para una espera cargada de expectativas. Más bien se trataría de una espera ocasional, limitada a determinados momentos del embarazo.

A continuación se acometerá el análisis de dos ítems vinculados a la comunicación que se establecerá entre el padre y la gestante. Uno de ellos se refiere al diálogo sobre los problemas y el otro a las discusiones paterno-filiales.

Figura 11.35: Estadísticos de frecuencias

No me cuesta hablar con mi padre sobre mis problemas

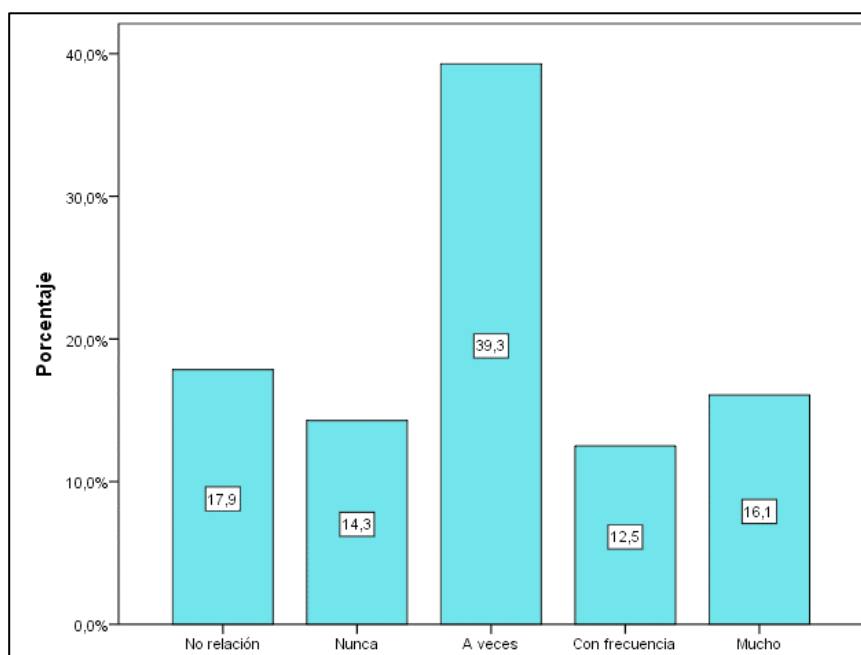


Tabla 11.56: Estadísticos de frecuencias

“Cuando mi padre y yo estamos juntos discutimos a menudo”

| Cuando mi padre y yo estamos juntos, discutimos a menudo | | | | | |
|--|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | No relación | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 11 | 19,6 | 19,6 | 37,5 |
| | A veces | 16 | 28,6 | 28,6 | 66,1 |
| | Con frecuencia | 9 | 16,1 | 16,1 | 82,1 |
| | Mucho | 10 | 17,9 | 17,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Si indagamos sobre la comunicación que mantienen padre e hija durante este período prenatal, podemos verificar cómo algunas gestantes “a veces” no les cuesta conversar con sus padres sobre sus problemas (39,3%) y “a veces” discuten con ellos (28,6%). Otra parte de la muestra reconoce que “nunca” discute con su padre (19,6%) mientras otras participantes “con frecuencia” y “mucho” sostienen mantener discusiones con ellos (el 16,1% y el 17,9% respectivamente).

Tabla 11.57: Estadísticos de frecuencias*Mi padre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma*

Mi padre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No relación | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 8 | 14,3 | 14,3 | 32,1 |
| | A veces | 18 | 32,1 | 32,1 | 64,3 |
| | Con frecuencia | 16 | 28,6 | 28,6 | 92,9 |
| | Mucho | 4 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Tras inspeccionar la heterogeneidad de respuestas que ofrecen las participantes en cuanto a las discusiones y problemas que se originan entre ellos, averiguaremos cómo es el apoyo emocional que dispensan estos padres a sus hijas cuando ellas dudan de sí mismas.

En este caso, sólo 4 gestantes perciben el apoyo incondicional de sus padres, es decir, únicamente 4 de ellas seleccionaron la respuesta “*mucho*” a este ítem. El 32,1% restante mostró conformidad en considerar que sólo “*a veces*” recibe de él, el aliento suficiente que necesita cuando le surgen dudas.

Tabla 11.58: Estadísticos de frecuencias*“Mi padre me anima a que haga las cosas a mi manera”*

Mi padre me anima a que haga las cosas a mi manera

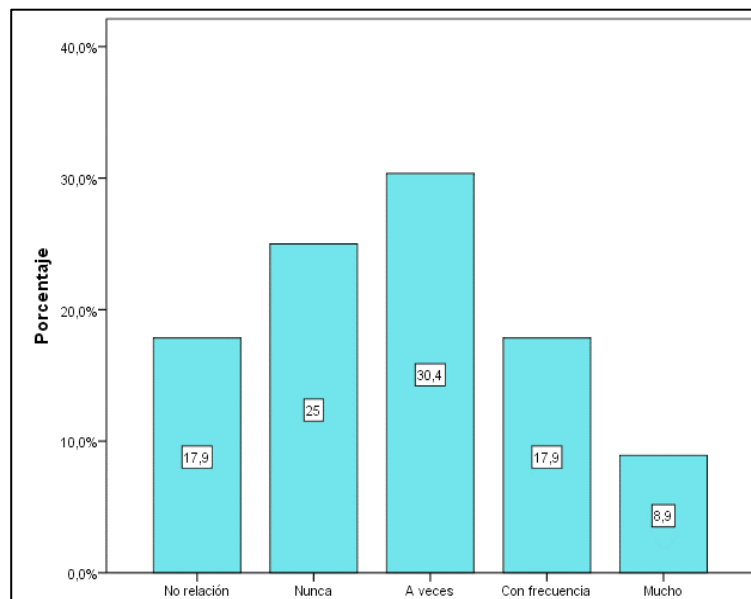
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | No relación | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 7 | 12,5 | 12,5 | 30,4 |
| | A veces | 20 | 35,7 | 35,7 | 66,1 |
| | Con frecuencia | 15 | 26,8 | 26,8 | 92,9 |
| | Mucho | 4 | 7,1 | 7,1 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En cuanto al estudio de la autonomía que los padres conceden a sus hijas gestantes, podemos advertir cómo “*a veces*” estos les permiten hacer las cosas a su manera (35,7% de la muestra), sin embargo, para otro 26,8% esta concesión de

autonomía se produciría “*con frecuencia*”. Estos resultados evidencian que en general, las adolescentes son apoyadas, aunque no en el mismo grado.

Figura 11.36: Estadísticos de frecuencias

“*Mi padre critica mis decisiones*”



Además, como se puede interpretar de la Figura 13.36, los padres critican las decisiones de las gestantes “*a veces*” en un 30,4% de los casos.

Una vez que hemos descrito todas las dimensiones, vamos a conocer la media general de todo el cuestionario que se obtendría considerando todo el conjunto de puntuaciones medias extraídas de cada una de estas dimensiones. Nuestro propósito es averiguar si considerando la dimensión: “*calidad de relación con el padre*” disminuiría la puntuación final relativa a la “*adaptación al embarazo*”.

Si conservamos las dimensiones originales del Cuestionario de Armengol et al. (2007), observaremos que la media obtenida de todos los ítems es de 6,41 sobre 10. Esta puntuación, a pesar de no ser próxima a 10, muestra cómo las gestantes en general se adaptan al embarazo.

Si además de familiarizarnos y conocer la adaptación al embarazo teniendo en cuenta las dimensiones originales de Armengol et al. (2007) (ver Tabla 11.59), queremos incorporar la dimensión relativa a “*la calidad de relación que mantienen con el padre*”, la media descendería a un 6,19 sobre 10 (ver Tabla 11.59).

Tabla 11.59: Estadísticos de medias*Adaptación del embarazo sin tener en cuenta la figura paterna*

| Adaptación del embarazo | | |
|-------------------------|----------|---------------------|
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,411633 |
| Mediana | | 6,725198 |
| Moda | | 3,2879 ^a |
| Desv. típ. | | 1,6529233 |
| Asimetría | | -,209 |
| Curtosis | | -,856 |
| Percentiles | 25 | 4,966601 |
| | 50 | 6,725198 |
| | 75 | 7,579572 |

Estas diferencias entre ambas puntuaciones indican que, por lo general, nuestra muestra se adaptaría bien al embarazo, pero no tan satisfactoriamente cuando se considera la relación que mantienen con el padre. Si bien, desde una perspectiva descriptiva, no existirían grandes diferencias entre ambos resultados, siendo las dos puntuaciones medias aceptables en cuanto al nivel de adaptación que reflejan.

Tabla 11.60: Estadísticos de medias*Adaptación del embarazo teniendo en cuenta la figura paterna*

| Estadísticos | | |
|---|----------|---------------------|
| Adaptación del embarazo+ calidad de relación con el padre | | |
| N | Válidos | 56 |
| | Perdidos | 0 |
| Media | | 6,191547 |
| Mediana | | 6,391227 |
| Moda | | 2,8719 ^a |
| Desv. típ. | | 1,6558956 |
| Asimetría | | -,160 |
| Curtosis | | -,881 |
| Percentiles | 25 | 4,797477 |
| | 50 | 6,391227 |
| | 75 | 7,517184 |

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Discusión de resultados: calidad de relación con el padre

Los resultados que se derivan de esta dimensión evidencian cómo el embarazo adolescente parece haber repercutido en la ilusión que manifiestan los futuros abuelos por sus nietos, pues aproximadamente solo un 10% de las gestantes indicó que sus padres varones estaban muy ilusionados con el nacimiento de su futuro bebé. Por esta razón, deducimos que esa frágil ilusión, está afectando al apoyo que confieren a sus hijas durante la gestación.

Al mismo tiempo, a partir de las respuestas recogidas, somos conscientes de que las adolescentes no depositan excesiva confianza en sus padres. Además, a ellas también les costaba gran esfuerzo hablar específicamente sobre sus problemas con sus padres. Estos resultados pueden deberse a que algunas gestantes pertenecen a familias con graves problemas familiares.

En relación a las discusiones que mantenían padres e hijas, se puede intuir la presencia de desacuerdos y problemas de comunicación. Sería interesante observar cómo eran las discusiones antes del embarazo para observar si son verdaderamente más significativas durante la gestación.

En lo que respecta a la sobreprotección paterna, no hemos identificado en absoluto resultados positivos, sino más bien, bastante heterogeneidad. En este sentido, los futuros abuelos no aprueban algunas de las decisiones que ellas han tomado, de hecho las critican “*a veces*” en el aproximadamente 30% de los casos.

Por otra parte, es evidente que los padres de las gestantes esperan a sus nietos durante el embarazo, si bien casi el 43% de las gestantes expresó que sólo ocurría “*a veces*” por consiguiente, identificamos ciertas carencias de apoyo paterno en esos momentos previos al nacimiento del bebé. Fruto de las entrevistas efectuadas, se pudo esclarecer también cómo las relaciones entre la gestante y la figura paterna no fueron del todo satisfactorias durante la gestación, y en muchos casos tampoco lo fueron con anterioridad a la misma.

Discusión final de resultados: adaptación al embarazo

Cabe argumentar, en último término de análisis descriptivo, que estas puntuaciones medias positivas en “*adaptación al embarazo*” han sido en gran medida, precipitadas por las motivaciones e ilusiones que exhibieron las gestantes con “el nuevo

ser” (prueba de ello son las puntuaciones obtenidas en identificación con el rol materno), pues independientemente de los apoyos que reciban y carezcan (gran parte de ellas carecen de soportes consistentes), es evidente que la mayoría al final sí termina adaptándose. De hecho se protegen y focalizan el interés en el bebé, pues éste, tal y como hemos detectado les permite poder ilusionarse, motivarse y aceptar el embarazo.

Asimismo se puede inferir de los resultados, que a pesar de que algunas de estas gestantes nunca han planificado el embarazo, tampoco han deseado no estar embarazadas. Esto es un indicio de que a pesar de que el embarazo no haya sido planificado, tal vez inconscientemente el nuevo ser sí ha podido ser deseado. Por tanto, éste ha podido dar sentido de algún modo a un vacío emocional o ha podido dar respuesta a sus motivaciones inconscientes, tal y como indicó Langer (1983). Es esencial tener en cuenta, que podemos llegar a estas conclusiones no sólo por los resultados de este cuestionario, sino también por las entrevistas.

Esta aceptación o no aceptación, como si de un continuo se tratase, ha tenido un papel determinante en la adaptación general al embarazo, pues ha supuesto poder situarnos en un polo positivo o negativo durante el mismo.

Tras esta disertación más o menos pormenorizada de cada una de las dimensiones se impone una nueva necesidad de investigación, observar qué ocurre a nivel inferencial en cuanto a las relaciones que pueden darse entre algunos ítems ya descritos.

11.2.2 Análisis inferencial: Cuestionario de Evaluación Prenatal

En este apartado se formulan y comprueban las hipótesis que fueron planteadas inicialmente en torno a este cuestionario. Si bien, la confirmación o rechazo de las mismas se complementarán con nuevas hipótesis que fueron contrastadas cuando se correlacionaron todos los ítems.

Hipótesis 1: “El hecho de que la gestante considere que el momento en el que se quedó embarazada fue en general un buen momento, correlacionará positivamente con la aceptación de su gestación”.

En este caso, al igual que en el resto de hipótesis, aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el ítem 1 “*el momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento*” y la dimensión general “*aceptación del embarazo*”.

Tabla 11.61 Correlación de Spearman

Ítem 1 y aceptación del embarazo

| Correlaciones | | | ÍTEM 1 | Aceptación |
|-----------------|-------------------------|-----------------------------|--------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 1 | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,810** |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,000 |
| | | N | 56 | 56 |
| | Aceptación del embarazo | Coefficiente de correlación | ,810** | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tal y como podemos ver en Tabla 11.61, el valor de sig es 0,000 y además es menor que α (0,05), lo que nos indicaría que tendríamos que rechazar la hipótesis nula, trabajando con un Nivel de Confianza del 95%. Confirmamos entonces, la hipótesis de trabajo en nuestra muestra.

A continuación se analizará si el ítem 1 puede predecir la dimensión general “*aceptación del embarazo*”.

Tabla 11.62 Variables predictoras y dependientes

Ítem 1 y aceptación del embarazo

| Resumen del modelo ^b | | | | |
|---------------------------------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
| 1 | ,810 ^a | ,656 | ,650 | 1,4024 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento

b. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Regresión

Como podemos contemplar en Tabla 11.63 y 11.64, el valor de p es 0,000, rechazaríamos entonces la hipótesis nula y sí podríamos considerar que el ítem 1 tiene capacidad para predecir la dimensión “*aceptación del embarazo*”.

El hecho de que la gestante considere que el momento en el que se ha quedado embarazada es un buen momento, revelará mayor aceptación del embarazo. De esta información podemos extraer que, estar satisfecho con el momento de afrontar la gestación, será esencial dado su impacto sobre la aceptación del mismo. Las tablas que

se exponen a continuación detallan el análisis inferencial que nos ha facilitado poder aseverar tales conclusiones.

Tabla 11.63 Tabla de Anova

Ítem 1 y aceptación del embarazo

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------|-----------|-------------------|----|------------------|---------|-------------------|
| 1 | Regresión | 202,720 | 1 | 202,720 | 103,070 | ,000 ^a |
| | Residual | 106,208 | 54 | 1,967 | | |
| | Total | 308,929 | 55 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento.

b. Variable dependiente: Aceptación del embarazo.

Tabla 11.64 Variables predictoras y dependientes

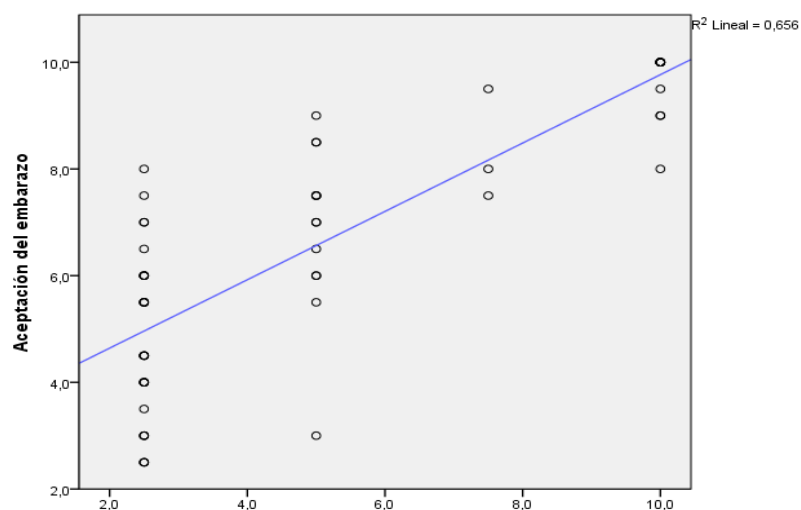
Ítem 1 y aceptación del embarazo

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
|--------|---|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 3,360 | ,365 | | 9,215 | ,000 |
| | Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento | ,641 | ,063 | ,810 | 10,152 | ,000 |

a. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Figura 11.37 Variables predictoras y dependientes

Ítem 1 y aceptación del embarazo



Hipótesis 2: “El que las gestantes puedan afrontar las molestias del embarazo sin problemas correlacionará positivamente con la aceptación del mismo”.

En este caso, también aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el ítem 2 “*las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas*” y la dimensión general “*aceptación del embarazo*”.

Tabla 11.65 Variables predictoras y dependientes

Ítem 2 y aceptación del embarazo

| Correlaciones | | | ÍTEM 2 | Aceptación |
|-----------------|------------|----------------------------|--------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 2 | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,833** |
| | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | | N | 56 | 56 |
| | Aceptación | Coeficiente de correlación | ,833** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

El valor de sig en Tabla 11.65 es 0,000 y además, es menor que α (0,05), lo que nos indicaría que deberíamos rechazar la hipótesis nula, trabajando con un Nivel de Confianza del 95%. Por tanto, confirmamos la hipótesis de trabajo en nuestra muestra.

A continuación se examinará si el ítem 2 puede predecir la dimensión general “*aceptación del embarazo*”.

Tabla 11.66 Variables predictoras y dependientes

Ítem 2 y aceptación del embarazo

| Resumen del modelo ^b | | | | |
|---------------------------------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
| 1 | ,833 ^a | ,695 | ,689 | 1,3216 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 2. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Regresión

Las tablas y el gráfico que se exponen a continuación, detallan el análisis inferencial que nos ha posibilitado poder aseverar las conclusiones que vamos a

efectuar. Tal y como podemos deducir de Tabla 11.67, el valor de p es de 0,000, rechazaríamos la hipótesis nula y sí podríamos considerar que el ítem 2 tiene capacidad para predecir la dimensión “*aceptación del embarazo*”. El hecho de que la gestante pueda afrontar fácilmente las molestias de la gestación revelará mayor aceptación del embarazo.

Tabla 11.67 Tabla de Anova

Ítem 2 y aceptación del embarazo

| Modelo | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|---------|-------------------|
| 1 Regresión | 214,611 | 1 | 214,611 | 122,871 | ,000 ^a |
| Residual | 94,318 | 54 | 1,747 | | |
| Total | 308,929 | 55 | | | |

Tabla 11.68 Variables predictoras y dependientes

Ítem 2 y aceptación del embarazo

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
|--|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 (Constante) | ,816 | ,545 | | 1,495 | ,141 |
| Ítem 2. Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas | ,811 | ,073 | ,833 | 11,085 | ,000 |

a. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Figura 11.38 Variables predictoras y dependientes

Ítem 2 y aceptación del embarazo

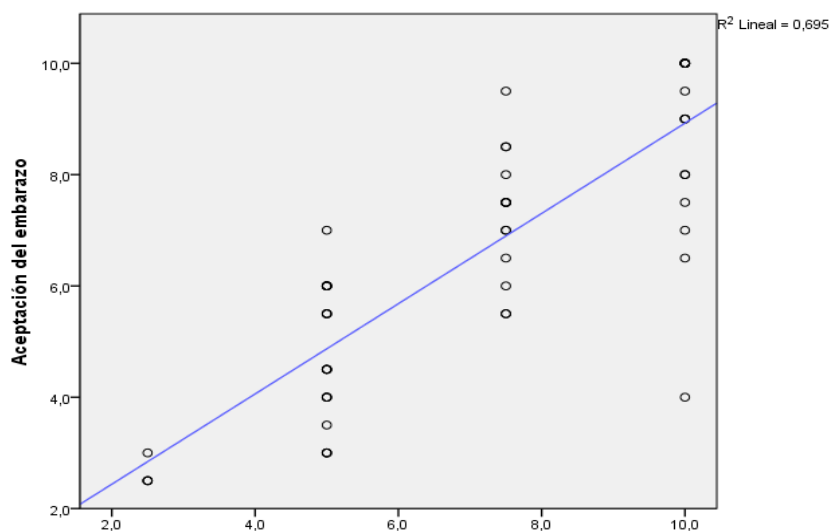


Tabla 11.69 Variables predictoras y dependientes

Ítem 2 y aceptación del embarazo

Estadísticos sobre los residuos^a

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------|---------|--------|-------|-------------------|----|
| Valor pronosticado | 2,843 | 8,925 | 6,536 | 1,9754 | 56 |
| Residual | -4,9251 | 2,6023 | ,0000 | 1,3095 | 56 |
| Valor pronosticado tip. | -1,869 | 1,210 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo tip. | -3,727 | 1,969 | ,000 | ,991 | 56 |

a. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Hipótesis 3: “El que la pareja y la gestante hablen del bebé con frecuencia correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo”.

En este caso, también aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación entre el ítem 3 “*mi pareja y yo hablamos con frecuencia del bebé que esperamos*” y la “*adaptación al embarazo*”.

Tabla 11.70 Correlación de Spearman

Ítem 3 y adaptación del embarazo

Correlaciones

| | | | ÍTEM 3 | Adaptación |
|-----------------|------------|-----------------------------|--------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 3 | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,804** |
| | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | | N | 56 | 56 |
| Adaptación | Adaptación | Coefficiente de correlación | ,804** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Como podemos advertir en Tabla 11.70, el valor de p es de 0,000, rechazaríamos entonces la hipótesis nula y sí podríamos confirmar la hipótesis de trabajo. Es decir, el que la pareja y la gestante conversen con frecuencia sobre el bebé correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo.

Regresión

A continuación de este análisis se procederá a esclarecer si el ítem 3 puede predecir la adaptación al embarazo.

Tabla 11.71 Variables predictoras y dependientes

Ítem 3 y adaptación del embarazo

Resumen del modelo^b

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | ,804 ^a | ,647 | ,640 | ,9913173 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 3. Mi pareja y yo hablamos con frecuencia del bebé que esperamos

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tabla 11.72 Tabla de Anova

Ítem 3 y adaptación del embarazo

ANOVA^b

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------|-----------|-------------------|----|------------------|--------|-------------------|
| 1 | Regresión | 97,202 | 1 | 97,202 | 98,912 | ,000 ^a |
| | Residual | 53,066 | 54 | ,983 | | |
| | Total | 150,269 | 55 | | | |

Los resultados que aparecen en Tabla 11.72 reflejan cómo el ítem 3 tiene capacidad para predecir la adaptación al embarazo. El hecho de que la adolescente hable con su pareja con frecuencia del bebé que esperan, revelará mayor adaptación al mismo.

De esta información, podemos argumentar también, que será esencial mantener una buena comunicación con la pareja dado su impacto sobre la adaptación al embarazo.

Una buena comunicación en el seno de la pareja favorecerá su unión y su habilidad para poder adoptar soluciones y decisiones importantes comunes.

Las tablas que se mostrarán a continuación de estas conclusiones, detallan el análisis inferencial que ha posibilitado poder aseverar y a afirmar la hipótesis planteada y además, determinar y confirmar la predicción propuesta.

Tabla 11.73 Variables predictoras y dependientes

Ítem 3 y adaptación del embarazo

| | | Coeficientes ^a | | | | |
|--------|---|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | | |
| Modelo | | B | Error típ. | Beta | T | Sig. |
| 1 | (Constante) | 4,739 | ,214 | | 22,132 | ,000 |
| | Ítem 3. Mi pareja y yo hablamos con frecuencia del bebé que esperamos | ,329 | ,033 | ,804 | 9,945 | ,000 |

a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tabla 11.74 Variables predictoras y dependientes

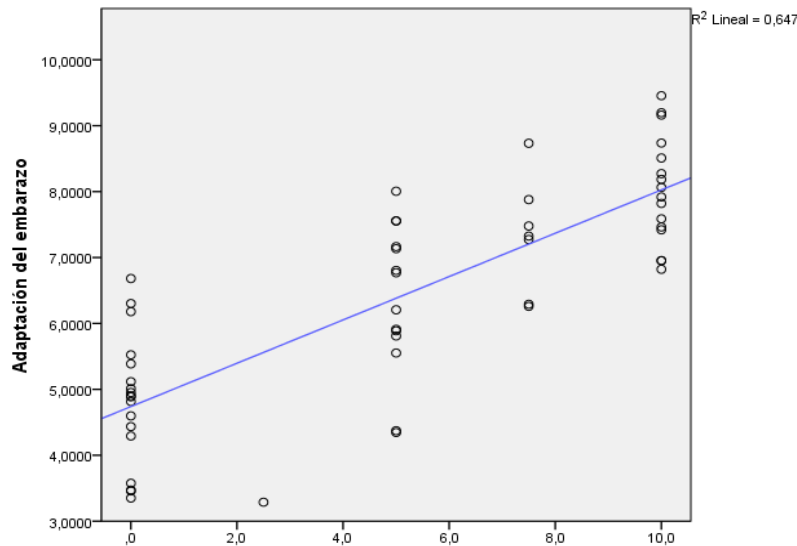
Ítem 3 y adaptación del embarazo

| Estadísticos sobre los residuos ^a | | | | | |
|--|------------|-----------|----------|-------------------|----|
| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
| Valor pronosticado | 4,738688 | 8,025877 | 6,411633 | 1,3294033 | 56 |
| Residual | -2,2726219 | 1,9428591 | ,0000000 | ,9822639 | 56 |
| Valor pronosticado tip. | -1,258 | 1,214 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo típ. | -2,293 | 1,960 | ,000 | ,991 | 56 |

a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Figura 11.39 Variables predictoras y dependientes

Ítem 3 y adaptación del embarazo



Hipótesis 4: “El que la gestante pueda contar con el apoyo de su pareja durante el parto correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo”.

En este caso, también aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el ítem 20 “*puedo contar con el soporte de mi marido o novio durante el parto*” y la “*adaptación al embarazo*” por parte de la gestante.

Tabla 11.75 Tabla de correlación de Spearman

Ítem 20 y adaptación al embarazo

Correlaciones

| | | | ÍTEM 20 | Adaptación |
|-----------------|------------|----------------------------|---------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 20 | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,784** |
| | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | N | | 47 | 47 |
| | Adaptación | Coeficiente de correlación | ,784** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | N | 47 | 47 |

Tal y como informa Tabla 11.75, el valor de p es 0,000, rechazaríamos la hipótesis nula y aceptaríamos la hipótesis de trabajo: “*el que la gestante pueda contar con el apoyo de su pareja durante el parto correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo*”.

Regresión

Posteriormente a este análisis, comprobaremos si el ítem 20 puede predecir la adaptación al embarazo. Basaremos nuestros análisis en los resultados que nos aportan Tabla 11.76, 11.77, 11.78 y 11.79.

Tabla 11.76 Variables predictoras y dependientes

Ítem 20 y adaptación al embarazo

Resumen del modelo^b

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | ,784 ^a | ,615 | ,606 | 1,0593307 |

Tabla 11.77 Tabla de Anova

Ítem 20 y adaptación al embarazo

ANOVA^b

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|--------|-------------------|
| 1 Regresión | 80,618 | 1 | 80,618 | 71,841 | ,000 ^a |
| Residual | 50,498 | 45 | 1,122 | | |
| Total | 131,117 | 46 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante),

b. Ítem 20. Puedo contar con el soporte de mi marido o novio durante el parto b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

En los resultados que refleja Tabla 11.77 se aprecia cómo el ítem 20 puede predecir la adaptación al embarazo. Por tanto, el hecho de que la gestante adolescente pueda contar con el soporte de su pareja durante el parto, revelará mayor adaptación.

Tabla 11.78 Variables predictoras y dependientes

Ítem 20 y adaptación al embarazo

| | | Coeficientes ^a | | | |
|--------|--|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|
| | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | |
| Modelo | | B | Error típ. | Beta | t |
| 1 | (Constante) | 4,799 | ,239 | | 20,065 |
| | Ítem 20. Puedo contar con el soporte de mi marido o novio durante el parto | ,285 | ,034 | ,784 | 8,476 |

a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Gracias al proceso inferencial efectuado con la finalidad de encontrar relaciones entre ambas variables, podemos confirmar el papel acuciante que sostiene el apoyo que proporciona la pareja sobre la adaptación de la adolescente al embarazo.

Las tablas y el gráfico que se observan a continuación, así como los que recientemente han sido mostrados, reflejan el proceso que se ha llevado a efecto para poder determinar si ese ítem podía predecir la adaptación al embarazo.

Tabla 11.79 Variables predictoras y dependientes

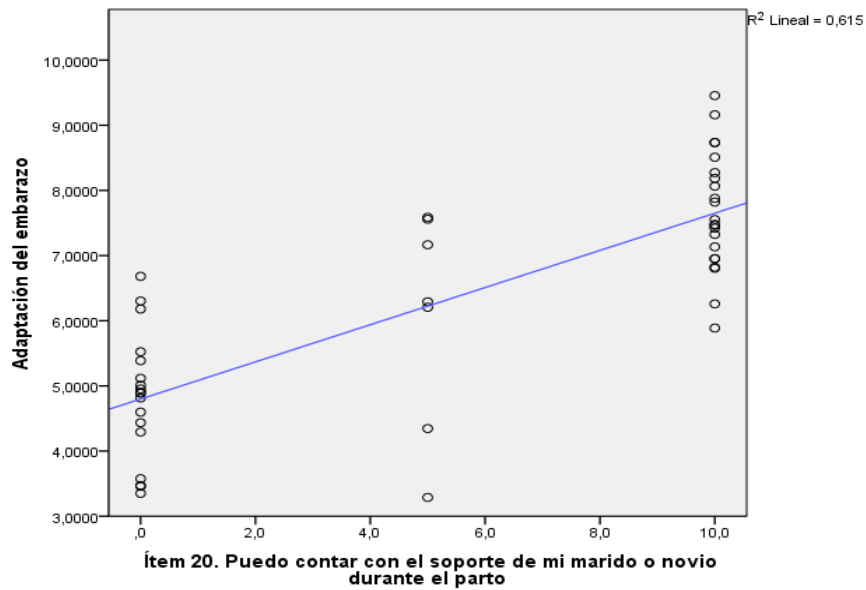
Ítem 20 y adaptación al embarazo

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------|------------|-----------|----------|-------------------|----|
| Valor pronosticado | 4,798536 | 7,650033 | 6,345625 | 1,3238478 | 47 |
| Residual | -2,9364209 | 1,8830115 | ,0000000 | 1,0477530 | 47 |
| Valor pronosticado tip. | -1,169 | ,985 | ,000 | 1,000 | 47 |
| Residuo típ. | -2,772 | 1,778 | ,000 | ,989 | 47 |

a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Figura 11.40 Variables predictoras y dependientes

Ítem 20 y adaptación al embarazo



Hipótesis 5: “El que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo”.

Tabla 11.80: Tabla de correlación de Spearman

Ítem 31 y adaptación al embarazo

Correlaciones

| | | ÍTEM 31 | | Adaptación | |
|-----------------|------------|-----------------------------|---------|------------|---------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 31 | Coefficiente de correlación | 1,000 | | -,805** |
| | | Sig. (unilateral) | . | | ,000 |
| | | N | 56 | | 56 |
| Adaptación | Adaptación | Coefficiente de correlación | -,805** | 1,000 | |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | | . |
| | | N | 56 | | 56 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

En este caso, aplicaremos también el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el ítem 31 “*me cuesta aceptar este embarazo*” y la “*adaptación al embarazo*”.

Como podemos distinguir en Tabla 11.80, el valor de p es de 0,000, por ello, rechazaríamos la hipótesis nula y sí aceptaríamos la hipótesis de trabajo: “*el que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo*”.

Regresión

Además de aceptar la hipótesis que hemos planteado, indagaremos a continuación, si el ítem 31 puede predecir la adaptación al embarazo.

Tabla 11.81 Variables predictoras y dependientes

Ítem 31 y adaptación al embarazo

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | ,805 ^a | ,648 | ,642 | ,9893822 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 31. Me cuesta aceptar este embarazo

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Los resultados de Tabla 11.82 muestran cómo el ítem 31 tiene capacidad para predecir la adaptación de la adolescente. De esta información podemos deducir que será esencial aceptar el embarazo.

Las tablas y el gráfico que se presentan a continuación, reflejan todo el análisis inferencial efectuado, el cual nos ha posibilitado poder confirmar nuestra hipótesis de trabajo, así como también, poder hallar una predicción a partir de la misma.

Tabla 11.82 Tabla de Anova

Ítem 31 y adaptación al embarazo

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|--------|-------------------|
| 1 Regresión | 97,409 | 1 | 97,409 | 99,511 | ,000 ^a |
| Residual | 52,859 | 54 | ,979 | | |
| Total | 150,269 | 55 | | | |

Tabla 11.83 Variables predictoras y dependientes

Ítem 31 y adaptación al embarazo

| Coeficientes ^a | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 9,214 | ,310 | | 29,679 | ,000 |
| | Ítem 31. Me cuesta aceptar este embarazo | -,487 | ,049 | -,805 | -9,976 | ,000 |

a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

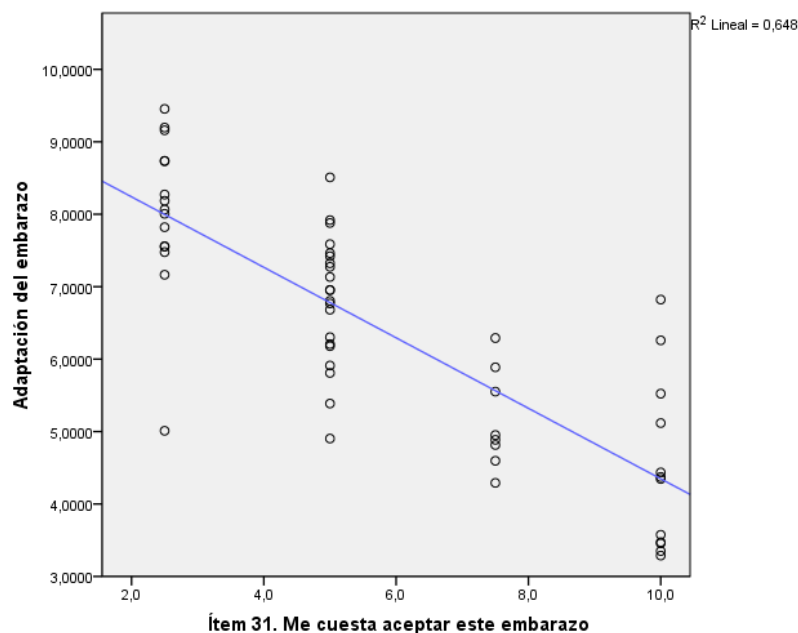
Tabla 11.84 Variables predictoras y dependientes

Ítem 31 y adaptación al embarazo

| Estadísticos sobre los residuos ^a | | | | | |
|--|------------|-----------|----------|-------------------|----|
| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
| Valor pronosticado | 4,348187 | 7,997227 | 6,411633 | 1,3308178 | 56 |
| Residual | -2,9859841 | 2,4735720 | ,0000000 | ,9803466 | 56 |
| Valor pronosticado tip. | -1,551 | 1,191 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo tip. | -3,018 | 2,500 | ,000 | ,991 | 56 |

Figura 11.41 Variables predictoras y dependientes

Ítem 31 y adaptación al embarazo



Hipótesis 6: “El que la gestante considere que su embarazo está siendo fácil de afrontar correlacionará positivamente con la aceptación del mismo”.

Con la finalidad de poder corroborar esta hipótesis, mediante el conocimiento de la relación existente entre el ítem 33 “*hasta el momento éste ha sido un embarazo fácil*” y la “*aceptación del embarazo*” aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Tabla 11.85 Tabla de correlación de Spearman

Ítem 33 y aceptación del embarazo

| Correlaciones | | | ÍTEM 31 | Aceptación |
|-----------------|------------|----------------------------|---------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 33 | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,936** |
| | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | | N | 56 | 56 |
| | Aceptación | Coeficiente de correlación | ,936** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Como podemos advertir en Tabla 11.85, el valor de p es 0,000, rechazaríamos la hipótesis nula y sí podríamos confirmar la hipótesis de trabajo planteada.

Además de comprobar la hipótesis formulada, analizaremos si es posible que la consideración por parte de la gestante de que este embarazo está siendo fácil de afrontar podría predecir la aceptación de su embarazo.

Regresión

Para tal efecto, verificaremos a través de un análisis empírico de los datos, si el ítem 33 puede predecir esta aceptación.

Tabla 11.86 Variables predictoras y dependientes

Ítem 33 y aceptación del embarazo

| Resumen del modelo ^b | | | | |
|---------------------------------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
| 1 | ,936 ^a | ,877 | ,875 | ,8391 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil

b. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Tabla 11.87 Tabla de Anova*Ítem 33 y aceptación del embarazo*

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|---------|-------------------|
| 1 Regresión | 270,911 | 1 | 270,911 | 384,803 | ,000 ^a |
| Residual | 38,017 | 54 | ,704 | | |
| Total | 308,929 | 55 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil

b. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Tabla 11.88 Variables predictoras y dependientes*Ítem 33 y aceptación del embarazo*

| Modelo | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
|---|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 (Constante) | ,999 | ,304 | | 3,288 | ,002 |
| Ítem 33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil | ,832 | ,042 | ,936 | 19,616 | ,000 |

a. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Tabla 11.89 Variables predictoras y dependientes*Ítem 33 y aceptación del embarazo*

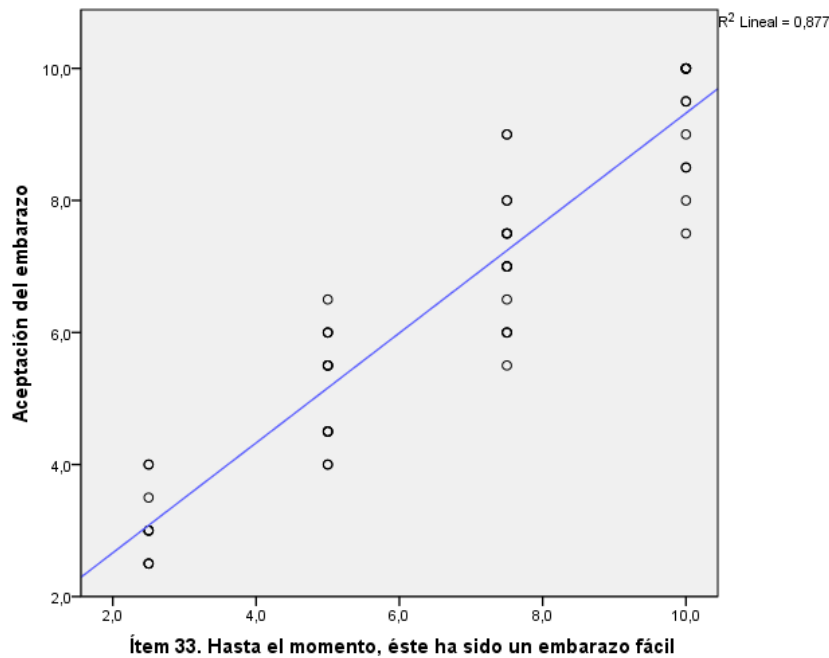
| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------|---------|--------|-------|-------------------|----|
| Valor pronosticado | 3,080 | 9,323 | 6,536 | 2,2194 | 56 |
| Residual | -1,8229 | 1,7582 | ,0000 | ,8314 | 56 |
| Valor pronosticado típ. | -1,557 | 1,256 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo típ. | -2,173 | 2,095 | ,000 | ,991 | 56 |

a. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Gracias a los datos que aportan Tabla 11.87, 11.88 y 11.89, sabemos que el ítem 33 tiene capacidad para predecir la aceptación del embarazo. El hecho de que la gestante adolescente considere que el embarazo está siendo fácil de afrontar revelará mayor aceptación del mismo.

Figura 11.42 Variables predictoras y dependientes

Ítem 33 y aceptación del embarazo



Hipótesis 7: “El que la gestante no desee estar embarazada correlacionará negativamente con la aceptación al embarazo”.

En este caso, también aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre el ítem 34 y la “*aceptación del embarazo*”.

Dado el resultado que nos ofrece Tabla 11.90, el que la gestante no desee estar embarazada correlacionará negativamente con la aceptación del embarazo.

Tabla 11.90 Correlación de Spearman

Ítem 34 y aceptación del embarazo

Correlaciones

| | | | ÍTEM 31 | Aceptación |
|-----------------|------------|----------------------------|---------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 34 | Coeficiente de correlación | 1,000 | -,861** |
| | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | | N | 56 | 56 |
| | Aceptación | Coeficiente de correlación | -,861** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

Tabla 11.91 Variables predictoras y dependientes*Ítem 34 y aceptación del embarazo***Resumen del modelo^b**

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | ,861 ^a | ,742 | ,737 | 1,2147 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 34. Ojalá no estuviera embarazada

b. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Regresión

Para poder delimitar unas conclusiones en torno a esta hipótesis, determinaremos si el deseo por parte de la gestante de no estar embarazada predice su aceptación.

Como podemos apreciar en Tabla 11.92, el valor de sig. es 0,000, entonces, sí podríamos afirmar que el ítem 34 tiene capacidad para predecir la aceptación del embarazo. El hecho de que la gestante adolescente no desee estar embarazada revelará menor aceptación del embarazo. De esta información se extrae que será esencial desear el embarazo para poder aceptarlo.

Tabla 11.92 Tabla de Anova*Ítem 34 y aceptación del embarazo***ANOVA^b**

| Modelo | | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------|-----------|-------------------|----|------------------|---------|-------------------|
| 1 | Regresión | 229,250 | 1 | 229,250 | 155,367 | ,000 ^a |
| | Residual | 79,679 | 54 | 1,476 | | |
| | Total | 308,929 | 55 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 34. Ojalá no estuviera embarazada b. Aceptación del embarazo

Tabla 11.93 Variables predictoras y dependientes

Ítem 34 y aceptación del embarazo

| | | Coeficientes ^a | | | | |
|--------|--|--------------------------------|------------|--------------------------|---------|------|
| | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | | |
| Modelo | | B | Error típ. | Beta | t | Sig. |
| 1 | (Constante) | 10,302 | ,343 | | 30,036 | ,000 |
| | Ítem 34. Ojalá no estuviera embarazada | -,721 | ,058 | -,861 | -12,465 | ,000 |

a. Variable dependiente: Aceptación del embarazo

Tabla 11.94 Variables predictoras y dependientes

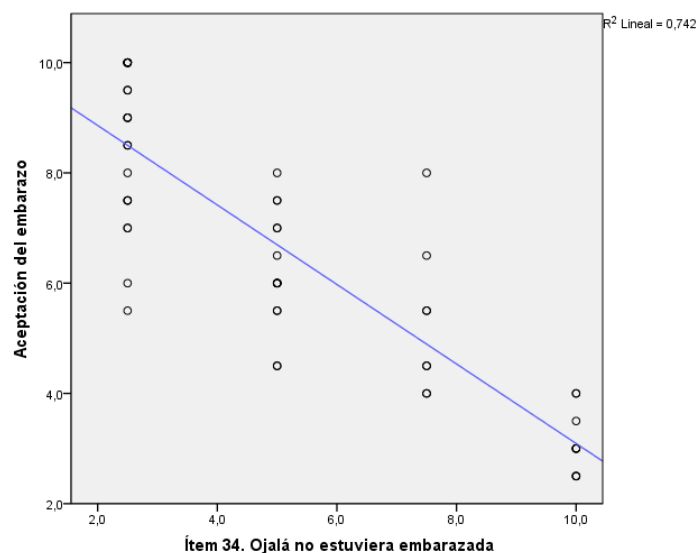
Ítem 34 y aceptación del embarazo

| Estadísticos sobre los residuos ^a | | | | | |
|--|---------|--------|-------|-------------------|----|
| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
| Valor pronosticado | 3,091 | 8,499 | 6,536 | 2,0416 | 56 |
| Residual | -2,9992 | 3,1059 | ,0000 | 1,2036 | 56 |
| Valor pronosticado tip. | -1,687 | ,962 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo típ. | -2,469 | 2,557 | ,000 | ,991 | 56 |

Las tablas que acabamos de presentar y el gráfico que se muestra a continuación, reflejan el proceso de análisis inferencial efectuado que nos ha posibilitado poder aseverar y confirmar la predicción propuesta.

Figura 11.43 Variables predictoras y dependientes

Ítem 34 y aceptación



Hipótesis 8: “El que la gestante considere que su embarazo está siendo fácil de afrontar correlacionará positivamente con la adaptación al mismo”.

Para poder confirmar o rechazar la hipótesis: “*el que la gestante considere que su embarazo está siendo fácil de afrontar correlacionará positivamente con la adaptación al mismo*”, también se aplicará el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Tabla 11.95 Correlación de Spearman

Ítem 38 y adaptación al embarazo

| Correlaciones | | | ÍTEM 31 | Adaptación |
|-----------------|------------|----------------------------|---------|------------|
| Rho de Spearman | ÍTEM 38 | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,780** |
| | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | | N | 56 | 56 |
| | Adaptación | Coeficiente de correlación | ,780** | 1,000 |
| | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | N | 56 | 56 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

En Tabla 11.95 se observa una relación significativa y positiva entre el ítem “*puedo contar con mi marido o novio para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido*” y la “*adaptación al embarazo*”. Aceptaríamos entonces la hipótesis de trabajo, ya que se observa una sig. de 0,000 para un Nivel de Confianza del 95%.

Regresión

A continuación, la prueba de regresión facilitará la comprobación de si el ítem 38 puede predecir la adaptación al embarazo.

Tabla 11.96 Variables predictoras y dependientes

Ítem 38 y adaptación al embarazo

| Resumen del modelo ^b | | | | |
|---------------------------------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
| 1 | ,780 ^a | ,608 | ,600 | 1,0448662 |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 38.

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tabla 11.97: Tabla Anova*Ítem 38 y adaptación al embarazo*

| Modelo | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------|-------------------|----|------------------|--------|-------------------|
| 1 Regresión | 91,314 | 1 | 91,314 | 83,641 | ,000 ^a |
| Residual | 58,954 | 54 | 1,092 | | |
| Total | 150,269 | 55 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante), Ítem 38.

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tabla 11.98: Variables predictoras y dependientes*Ítem 38 y adaptación al embarazo*

| Coeficientes ^a | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 4,746 | ,229 | | 20,684 | ,000 |
| | Ítem 38. Puedo contar con mi marido o novio para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido | ,301 | ,033 | ,780 | 9,146 | ,000 |

Tabla 11.99: Variables predictoras y dependientes*Ítem 38 y adaptación al embarazo*

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------|------------|-----------|----------|-------------------|----|
| Valor pronosticado | 4,746254 | 7,754679 | 6,411633 | 1,2885107 | 56 |
| Residual | -2,9626031 | 2,1938555 | ,0000000 | 1,0353239 | 56 |
| Valor pronosticado tip. | -1,292 | 1,042 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo típ. | -2,835 | 2,100 | ,000 | ,991 | 56 |

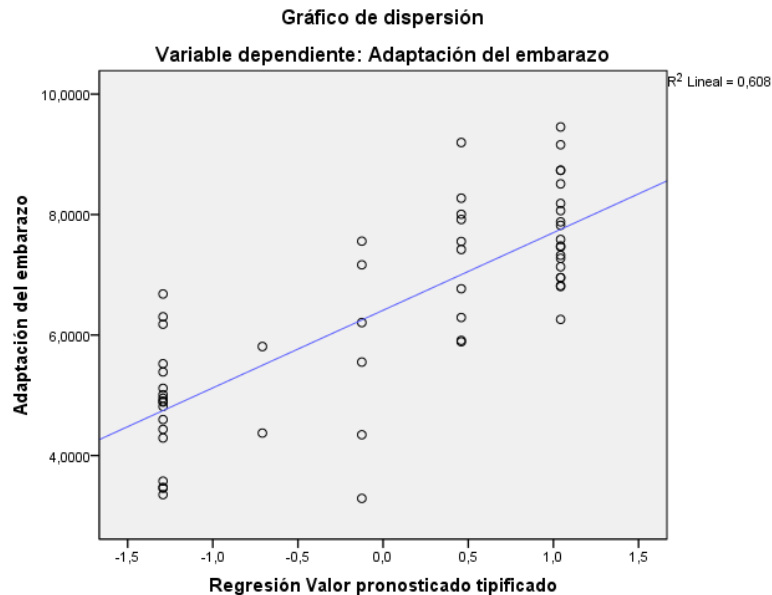
a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tal y como se puede verificar en Tabla 11.97 y en Tabla 11.98, el ítem 38 tiene capacidad para predecir la adaptación al embarazo. El hecho de que la gestante adolescente cuente con su pareja para compartir el cuidado del bebé revelará mayor

adaptación al mismo. Es decir, estos datos recogidos demuestran que será esencial que la adolescente cuente con la pareja para compartir el cuidado del bebé para poder adaptarse al embarazo.

Figura 11.44 Variables predictoras y dependientes

Ítem 38 y adaptación al embarazo



Hipótesis 9: “La aceptación del embarazo correlacionará positivamente con la adaptación al mismo”.

En este caso, al igual que en el anterior, se aplicará el Coeficiente de Correlación de Spearman. De ese modo, se comprobará si existe relación significativa entre la “*aceptación del embarazo*” y la “*adaptación al mismo*”.

Tabla 11.100 Correlación de Spearman

Aceptación y adaptación al embarazo

| Correlaciones | | | | Aceptación | Adaptación |
|-------------------|---------------|----------------------------|------|------------|------------|
| Rho Spearman | de Aceptación | Coeficiente de correlación | de | 1,000 | ,901** |
| | | Sig. (unilateral) | | . | ,000 |
| | | N | | 56 | 56 |
| | Adaptación | Coeficiente de correlación | de | ,901** | 1,000 |
| Sig. (unilateral) | | | ,000 | . | |
| N | | | 56 | 56 | |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Tal y como muestra Tabla 11.100, el valor de p es 0,000, por tanto, rechazaríamos la hipótesis nula y sí podríamos confirmar la hipótesis: “*la aceptación del embarazo correlacionará positivamente con la adaptación al mismo*”.

Regresión

A continuación, la prueba de regresión pondrá de manifiesto si la aceptación puede predecir la adaptación al embarazo.

Tabla 11.101 Variables predictoras y dependientes

Aceptación y adaptación al embarazo

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | ,901 ^a | ,812 | ,809 | ,7232251 |

Tabla 11.102 Tabla de Anova

Aceptación y adaptación al embarazo

| Modelo | | Suma de cuadrados | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------|-----------|-------------------|----|------------------|---------|-------------------|
| 1 | Regresión | 122,024 | 1 | 122,024 | 233,290 | ,000 ^a |
| | Residual | 28,245 | 54 | ,523 | | |
| | Total | 150,269 | 55 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante), Aceptación del embarazo

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

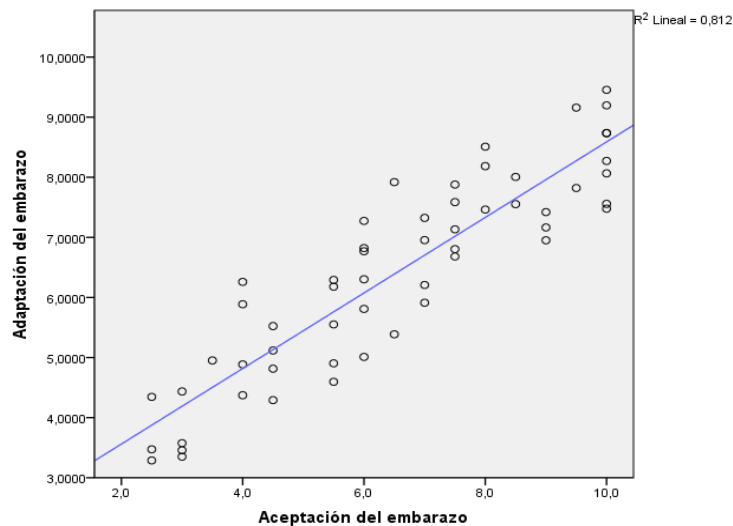
Tabla 11.103 Variables predictoras y dependientes

Aceptación y adaptación al embarazo

| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
|--------|-------------------------|--------------------------------|------------|--------------------------|--------|------|
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 2,304 | ,286 | | 8,063 | ,000 |
| | Aceptación del embarazo | ,628 | ,041 | ,901 | 15,274 | ,000 |

Figura 11.45 Variables predictoras y dependientes

Aceptación y adaptación del embarazo



Tal y como se puede apreciar en el análisis de datos realizado, la aceptación del embarazo tendría capacidad para predecir la adaptación al mismo.

El hecho de que la gestante adolescente acepte mejor el embarazo revelará también mayor adaptación. De esta información evidenciamos que para conseguir una mayor adaptación al embarazo será vital empezar por aceptarlo.

Hipótesis 10: La identificación satisfactoria con el rol materno correlaciona positivamente con la adaptación al embarazo.

En este caso, al igual que en los anteriores, aplicaremos el Coeficiente de Correlación de Spearman para conocer la relación existente entre la “*identificación con el rol materno*” y la “*adaptación al embarazo*”.

Tabla 11.104 Correlación de Spearman

Identificación con el rol materno y adaptación al embarazo

| Correlaciones | | | | Identificación | Adaptación |
|---------------|----|-----------------------------------|----------------------------|----------------|------------|
| Rho Spearman | de | Identificación con el rol materno | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,863** |
| | | | Sig. (unilateral) | . | ,000 |
| | | | N | 56 | 56 |
| | | Adaptación | Coeficiente de correlación | ,863** | 1,000 |
| | | | Sig. (unilateral) | ,000 | . |
| | | | N | 56 | 56 |

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (unilateral).

Tras observar la información que muestra Tabla 11.104 se puede comprobar que el valor de p es de 0,000, por tanto, rechazaríamos la hipótesis nula y sí podríamos considerar que la identificación satisfactoria con el rol materno correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo.

Regresión

Aún desconocemos si la identificación con el rol materno puede predecir la adaptación al embarazo, por ello comprobaremos a través de la prueba de regresión si en nuestra muestra es posible.

Tabla 11.105 Variables predictoras y dependientes

Identificación con el rol materno y adaptación al embarazo

| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. de la estimación |
|--------|-------------------|------------|----------------------|-----------------------------|
| 1 | ,863 ^a | ,745 | ,740 | ,8429261 |

a. Variables predictoras: (Constante), Identificación satisfactoria rol materno

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tabla 11.106 Tabla de Anova

Identificación con el rol materno y adaptación al embarazo

| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------|-----------|-------------------|----|------------------|---------|-------------------|
| 1 | Regresión | 111,900 | 1 | 111,900 | 157,490 | ,000 ^a |
| | Residual | 38,368 | 54 | ,711 | | |
| | Total | 150,269 | 55 | | | |

a. Variables predictoras: (Constante), Identificación satisfactoria rol materno

b. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Figura 11.46 Variables predictoras y dependientes

Identificación con el rol materno y adaptación al embarazo

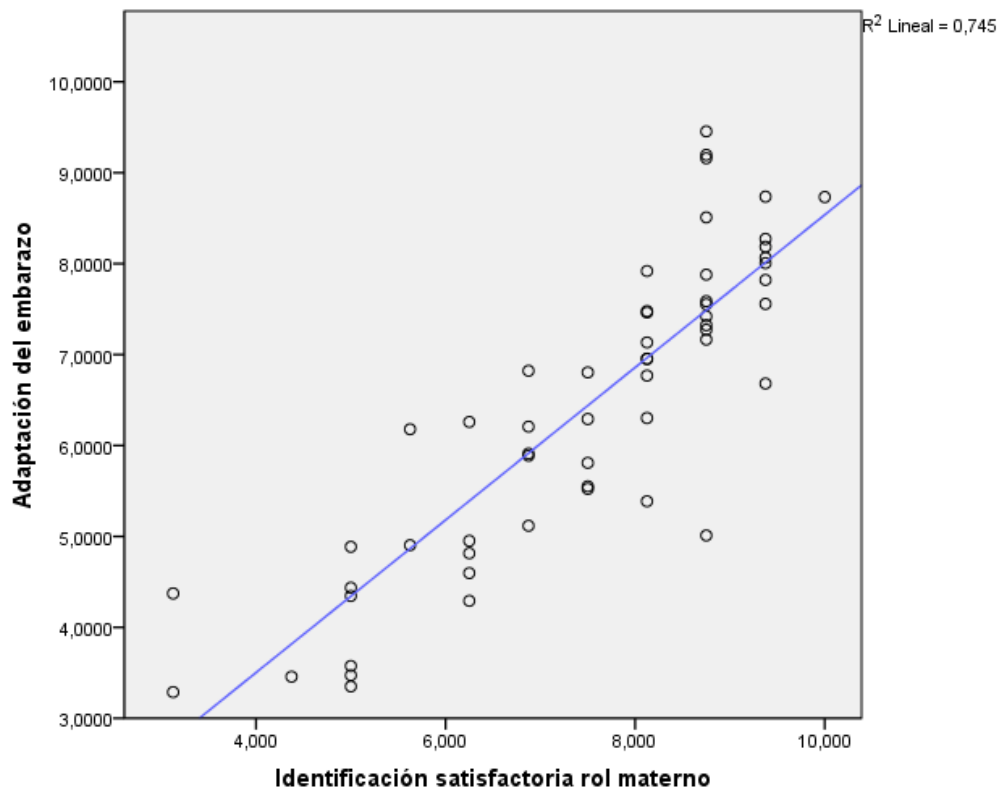


Tabla 11.107. Variables predictoras y dependientes

Identificación con el rol materno y adaptación al embarazo

Estadísticos sobre los residuos^a

| | Mínimo | Máximo | Media | Desviación típica | N |
|-------------------------|------------|-----------|----------|-------------------|----|
| Valor pronosticado | 2,768579 | 8,537528 | 6,411633 | 1,4263764 | 56 |
| Residual | -2,4773846 | 1,9657371 | ,0000000 | ,8352280 | 56 |
| Valor pronosticado tip. | -2,554 | 1,490 | ,000 | 1,000 | 56 |
| Residuo típ. | -2,939 | 2,332 | ,000 | ,991 | 56 |

a. Variable dependiente: Adaptación del embarazo

Tras este análisis inferencial efectuado con el fin de determinar si la identificación con el rol materno tenía capacidad para predecir la adaptación al embarazo, podemos confirmar finalmente que sí. Pues el hecho de que la gestante adolescente, por ejemplo, piense en el bebé, se imagine como será, o si será buena madre, le posibilitará adaptarse mejor al embarazo.

11.3. “Cuestionario de Valoración del Matrimonio de los Padres y Experiencia Afectiva en la Infancia” (Vallejo, 1998).

La valoración que durante la gestación realizan las gestantes del matrimonio de sus padres cuando eran niñas, así como del afecto que recibieron de ellos, son dos fuentes de estudio fundamentales que nos facilitan el conocimiento y la comprensión de cómo era el núcleo familiar de la adolescente y cómo este ha podido influir en su vida actual.

Dada la importancia, que a nivel teórico adquieren estos aspectos a la hora de aproximarnos a esta realidad, se analizarán de forma descriptiva los 15 ítems que conforman esta entrevista en forma de cuestionario, propuesta y diseñada por Vallejo (1998) y específicamente dirigida a gestantes adolescentes.

La escala de valoración de respuestas comprende: “*sí, muy a menudo*”, “*sí, a menudo*”, “*a veces*”, “*raramente*” y “*nunca*”. Todas ellas indican la frecuencia con la que la gestante valora cada ítem recordando su infancia entre los 7 y los 12 años.

En este sentido, se efectuará un análisis descriptivo de este cuestionario, analizando en primer lugar, la valoración que las adolescentes realizan del matrimonio de sus padres, y posteriormente, su experiencia afectiva en la infancia.

Como ya referimos en anteriores capítulos del marco teórico, son numerosos los autores que acentúan la importancia de la actitud que adopta el contexto familiar más próximo ante el inesperado embarazo.

11.3.1. Análisis descriptivo sobre la valoración del matrimonio de los padres

En este apartado se describirán los resultados más sobresalientes de cada uno de los ítems de la investigación, así como se realizará un análisis inferencial con el objetivo de conocer el tipo de matrimonio que conformaron los padres de las adolescentes cuando éstas eran niñas.

En este sentido y respecto a este tema, podemos mencionar a Serrano (2013) que citando a Moreno (1988) apuntaba: “*un matrimonio es capaz de sobrevivir a los más terribles desastres pero no a un proceso de pequeñas destrucciones cotidianas*” (Serrano, 2013; p.35). El matrimonio estará expuesto a continuos cambios diarios que lo afectarán de algún modo.

Ítem 1: ¿Discutían de forma exagerada tus padres?

El ítem 1 de este cuestionario tiene como propósito dar a conocer la existencia de faltas de acuerdo exageradas entre ambos progenitores.

Tabla 11.108 Estadísticos de frecuencias

Ítem 1: ¿Discutían de forma exagerada tus padres?

| | | Ítem 1. ¿Discutían de forma exagerada tus padres? | | | |
|---------|------------------|---|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 12 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | Nunca | 7 | 12,5 | 12,5 | 33,9 |
| | Raramente | 4 | 7,1 | 7,1 | 41,1 |
| | Sí, muy a menudo | 10 | 17,9 | 17,9 | 58,9 |
| | Sí, a menudo | 23 | 41,1 | 41,1 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Esta información puede revelar cierta conflictividad o disarmonía marital, especialmente, en lo que a comunicación conyugal se refiere. En este caso, gran parte de la muestra (41,1 %) afirma que “*a menudo*” sus padres discutían exageradamente y únicamente 7 gestantes reconocen que “*nunca*” discutieron de forma excesiva.

En este sentido, Arce, Novo y Carballar (2003) sostienen que las discusiones excesivas, así como la crítica de un progenitor a otro pueden considerarse una forma de alienación perjudicial para el menor. Las discusiones a veces son inevitables y resultan ser: “*una fuente de escape para la pareja, sin embargo, se debe evitar la presencia de los menores en las discusiones al tiempo que no se deben utilizar como confidentes de críticas y reproches*” (Arce, Novo y Carballar, 2003; p. 223). Estas discusiones y sentimientos hostiles que pueden derivarse de ellas pueden situar a los hijos en una situación difícil.

A continuación examinaremos un ítem que informará sobre la confianza que existía entre ambos progenitores durante la infancia de la adolescente.

Ítem 2: ¿Confiaban uno en el otro?

Respecto a esta confianza parental, el 30,4% de la muestra recuerda que solo “*a veces*” se producía una confianza mutua entre sus progenitores cuando eran niñas, y

solo 6 gestantes reconocieron que no predominó “nunca” dicha confianza entre ambos. Tras la revisión de los resultados que emanan de este estudio, la confianza entre ellos podríamos alegar que no fue muy sobresaliente, a juzgar por lo que opinan las gestantes.

Tabla 11.109 Estadísticos de frecuencias

Ítem 2: ¿Confiaba uno en el otro?

| | | Ítem 2. ¿Confiaba uno en el otro? | | | |
|---------|------------------|-----------------------------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 17 | 30,4 | 30,4 | 30,4 |
| | Nunca | 6 | 10,7 | 10,7 | 41,1 |
| | Raramente | 13 | 23,2 | 23,2 | 64,3 |
| | Sí, a menudo | 12 | 21,4 | 21,4 | 85,7 |
| | Sí, muy a menudo | 8 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Cuando desde el noviazgo existen ya problemas de desconfianza o de celos, a partir del matrimonio o del nacimiento de un bebé, estos problemas pueden agravarse e incluso, incrementarse al ir progresivamente incorporándose nuevos cambios a la convivencia. Los conflictos en las relaciones amorosas de parejas jóvenes son comunes, pues a menudo no poseen experiencias de convivencia, y aflora el miedo hacia la infidelidad, la inseguridad o la desconfianza (de Pedro y Fernández, 2014).

Una parte importante de la muestra, recordemos procede de familias con padres que habían tenido un hijo antes de los 19 años, esto demuestra que dada la juventud de los padres, pueden prevalecer este tipo de inseguridades y desconfianza en el matrimonio.

Ítem 3: ¿Pasaban mucho tiempo juntos?

Sánchez (2015) define paternidad a través de términos como: “*responsabilidad, disponibilidad de tiempo, educador y proveedor económico familiar*”. Las gestantes recuerdan en su infancia cómo “*a veces*” sus padres pasaban mucho tiempo juntos (30,4%). En esta línea, únicamente seis de ellas consideraron que era insuficiente o inexistente el tiempo que sus padres se dedicaban. Tal y como comenta Vallejo (1998), la esfera emocional suele aparecer relacionada con el tipo de juicio que las gestantes pueden hacer de sus padres.

Tabla 11.110 Estadísticos de frecuencias*Ítem 3: ¿Pasaban mucho tiempo juntos?*

| | | Ítem 3. ¿Pasaban mucho tiempo juntos? | | | |
|---------|------------------|--|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 17 | 30,4 | 30,4 | 30,4 |
| | Nunca | 3 | 5,4 | 5,4 | 35,7 |
| | Raramente | 10 | 17,9 | 17,9 | 53,6 |
| | Sí, a menudo | 13 | 23,2 | 23,2 | 76,8 |
| | Sí, muy a menudo | 13 | 23,2 | 23,2 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 4: ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)?

En nuestra muestra las manifestaciones de cariño que se profesaban los padres de las adolescentes se representan así: el 32,1% de ellas afirma que “*a veces*” se producían estas manifestaciones, mientras que, junto a este porcentaje descrito, subrayamos el de aquellas que recuerdan que “*muy a menudo*” tenían lugar (21,4%). Únicamente 7 gestantes responden que “*nunca*” recuerdan este tipo de cariño entre ambos. De acuerdo a este análisis podemos citar a Serrano (2013), quien afirmaba que la reciprocidad en el afecto era fundamental para la armonía conyugal.

Tabla 11.111 Estadísticos de frecuencias*Ítem 4: ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)?*

| | | Ítem 4. ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)? | | | |
|---------|------------------|--|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 18 | 32,1 | 32,1 | 32,1 |
| | Nunca | 7 | 12,5 | 12,5 | 44,6 |
| | Raramente | 8 | 14,3 | 14,3 | 58,9 |
| | Sí, a menudo | 11 | 19,6 | 19,6 | 78,6 |
| | Sí, muy a menudo | 12 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 5: ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres?

Los resultados procedentes de la valoración del matrimonio de los padres que las gestantes han efectuado, muestran cómo para 24 adolescentes el matrimonio de sus

padres fue “*en unas cosas positivo y en otras negativo*”, mientras que para únicamente dos de ellas fue extremadamente positivo.

No podemos decantarnos por respuestas comunes a todas ellas, pero sí podemos descartar puntuaciones excesivamente positivas, ya que las gestantes han tendido en sus respuestas a unas puntuaciones medias bastante negativas.

En definitiva, tal y como podemos examinar en Tabla 11.112, la relación que mantendrían ambos progenitores de las gestantes cuando éstas eran niñas, era una relación débil, y en general, sometida a desconfianzas y a continuas discusiones. Además, la falta de cariño diario, siendo más bien ocasional, es frecuentemente percibida por las gestantes como una condición negativa que ha mediatizado sus vidas. Si bien, tampoco podemos generalizar nuestras conclusiones y extrapolarlas al grueso de la población, pues este análisis es simplemente una aproximación psicosocial a una muestra adolescente.

Estos problemas a menudo surgen de una convivencia, en este caso inexperta, ligada a problemas económicos, psicológicos o incluso de drogadicción.

Tabla 11.112 Estadísticos de frecuencias

Ítem 5: ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres?

| Ítem 5. ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres? | | | | | |
|---|---|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | En unas cosas positivo y otras negativo | 24 | 42,9 | 42,9 | 42,9 |
| | Extremadamente negativo | 8 | 14,3 | 14,3 | 57,1 |
| | Extremadamente positivo | 2 | 3,6 | 3,6 | 60,7 |
| | Muy negativo | 14 | 25,0 | 25,0 | 85,7 |
| | Muy positivo | 8 | 14,3 | 14,3 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

11.3.2. Análisis descriptivo de la experiencia afectiva en la infancia

Una vez que ya hemos profundizado en la valoración que realizan las gestantes sobre el matrimonio de sus padres, a continuación, se presentan los resultados recogidos a partir del afecto que recibieron de ellos. Identificaremos cómo este afecto parece

vincularse a la valoración que realizaron del matrimonio de sus padres. Del mismo modo que en el caso anterior, se analizarán los datos más sobresalientes.

Ítem 6: Podía confiar fácilmente en ellos

En lo que a “*confianza depositada en los progenitores*” respecta, este ítem revela cómo la confianza de las adolescentes depositada en los padres, difiere entre ellas, siendo las opciones “*a menudo*” (39,3%) y “*muy a menudo*” (21,4%) las más elegidas.

Únicamente 6 gestantes señalaron que “*nunca*” (2 gestantes) o “*raramente*” (4 de ellas) podían confiar fácilmente en ellos. Por tanto, es un resultado bastante optimista, que refleja cómo sólo 6 de ellas o bien “*nunca*” o “*raramente*” habían confiado en sus padres cuando eran niñas. Esta desconfianza puede estar relacionada con la desconfianza que también describimos entre ambos progenitores.

Tabla 11.113 Estadísticos de frecuencias

Ítem 6: Podía confiar fácilmente en ellos

| Ítem 6. Podía confiar fácilmente en ellos | | | | | |
|--|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 16 | 28,6 | 28,6 | 28,6 |
| | Nunca | 2 | 3,6 | 3,6 | 32,1 |
| | Raramente | 4 | 7,1 | 7,1 | 39,3 |
| | Sí, a menudo | 22 | 39,3 | 39,3 | 78,6 |
| | Sí, muy a menudo | 12 | 21,4 | 21,4 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 7: Me pegaban aunque no lo mereciera

En el análisis del ítem “*me pegaban aunque no lo mereciera*” las gestantes han manifestado en su mayoría que o bien “*nunca*” o “*a veces*” sus padres les pegaban aunque no lo merecieran (73,2 %). Del total, únicamente 15 consideraron que “*raramente*” (9 gestantes) o “*muy a menudo*” (6 de ellas) recibieron castigos físicos sin merecerlos.

Como afirma Linares (2002), citado por Serrano (2013), el maltrato físico al igual que el psicológico, configura una forma de relación perjudicial para la salud de los hijos, pudiendo incentivar la aparición de psicopatologías. Tal y como corroboran estos autores, la persona que maltrata a un hijo, probablemente no se siente amada.

Tabla 11.114 Estadísticos de frecuencias

Ítem 7: Me pegaban aunque no lo mereciera

Ítem 7. Me pegaban aunque no lo mereciera

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 20 | 35,7 | 35,7 | 35,7 |
| | Nunca | 21 | 37,5 | 37,5 | 73,2 |
| | Raramente | 9 | 16,1 | 16,1 | 89,3 |
| | Sí, muy a menudo | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Por último, estos autores sostienen que “*la parentalidad adecuada*” será aquella que posibilite el desarrollo biológico social y psicológico de los hijos, y la parentalidad deficitaria sería la que conllevaría daño en este desarrollo. Es por eso, que el maltrato infantil es consecuencia de la parentalidad más dañina y además, la que más trastornos genera en los hijos (Serrano, 2013, p.53).

Ítem 8: Me prestaban muy poca atención

Respecto a si sus padres les prestaban atención cuando eran niñas, las gestantes reconocieron que “*a veces*” (21 gestantes) o “*a menudo*” (13 gestantes) los padres les prestaron muy poca atención. Por otra parte, el resto de porcentajes se reparte entre las que sostuvieron que “*muy a menudo*” (16,1%), “*nunca*” (14,3%) o “*raramente*” (8,9%) recibieron una escasa atención.

Esta escasa atención puede constituir una forma de maltrato infantil. En el caso de nuestras gestantes y basándonos en los resultados que manifestamos, no podemos llegar

a realizar tal aseveración, sino simplemente poner acento en esa escasa atención recibida, la cual se produce de forma más bien ocasional.

Tabla 11.115 Estadísticos de frecuencias

Ítem 8: Me prestaban muy poca atención

Ítem 8. Me prestaban muy poca atención

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 21 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| | Nunca | 8 | 14,3 | 14,3 | 51,8 |
| | Raramente | 5 | 8,9 | 8,9 | 60,7 |
| | Sí, a menudo | 13 | 23,2 | 23,2 | 83,9 |
| | Sí, muy a menudo | 9 | 16,1 | 16,1 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 9: Decían cosas agradables de mí.

El afecto es un pilar fundamental sobre el cual deben asentarse y crecer las relaciones parento-filiales. Respecto a si los progenitores decían cosas agradables de sus hijas, la mayoría de las gestantes señalan que “a veces” y “a menudo” escuchaban de sus padres cosas agradables cuando tenían entre 7 y 12 años (33 gestantes en total).

Tabla 11.116 Estadísticos de frecuencias

Ítem 9: Decían cosas agradables de mí

Ítem 9. Decían cosas agradables de mí

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 19 | 33,9 | 33,9 | 33,9 |
| | Nunca | 8 | 14,3 | 14,3 | 48,2 |
| | Raramente | 9 | 16,1 | 16,1 | 64,3 |
| | Sí, a menudo | 14 | 25,0 | 25,0 | 89,3 |
| | Sí, muy a menudo | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En cuanto al porcentaje de resultados restante, podemos representarlo del siguiente modo: por un lado, están las que “raramente” (9 gestantes) experimentaron

cosas agradables por parte de ellos, y por otro, las que afirman que “nunca” (8 gestantes) o “muy a menudo” (6 gestantes) sus padres les profesaron cosas agradables. Este ítem desvela una falta de reconocimiento y afecto por parte de los progenitores hacia sus hijas, lo que posiblemente ha afectado a la propia valoración que éstas realizaron de sí mismas a lo largo de su infancia y adolescencia.

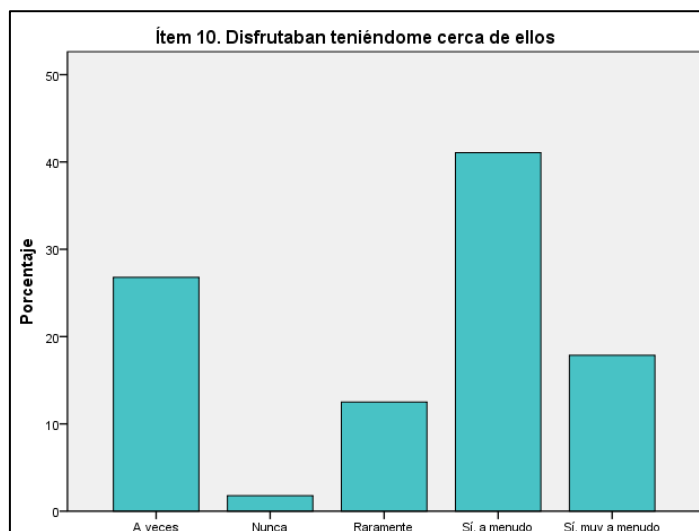
Ítem 10: Disfrutaban teniéndome cerca de ellos

Continuando en la misma dirección descriptiva, cabe argumentar respecto a estas relaciones afectivas, que para que una adolescente recuerde momentos de disfrute desarrollando actividades compartidas con sus padres, estos últimos deben haberles concedido la oportunidad de realizarlas. La muestra en este caso, no quedaría tan repartida como en casos anteriores, así un 41,1% de ellas declara que “a menudo” sus padres disfrutaban teniéndolas cerca de ellos, y otro 26,8% sostiene que ocurría con menos frecuencia, es decir, “a veces”.

Este ítem refleja cómo en general las gestantes disfrutaron de momentos en los que también observaron a sus padres disfrutar de ellas.

Figura 11.47 Estadísticos de frecuencias

Ítem 10: Disfrutaban teniéndome cerca de ellos

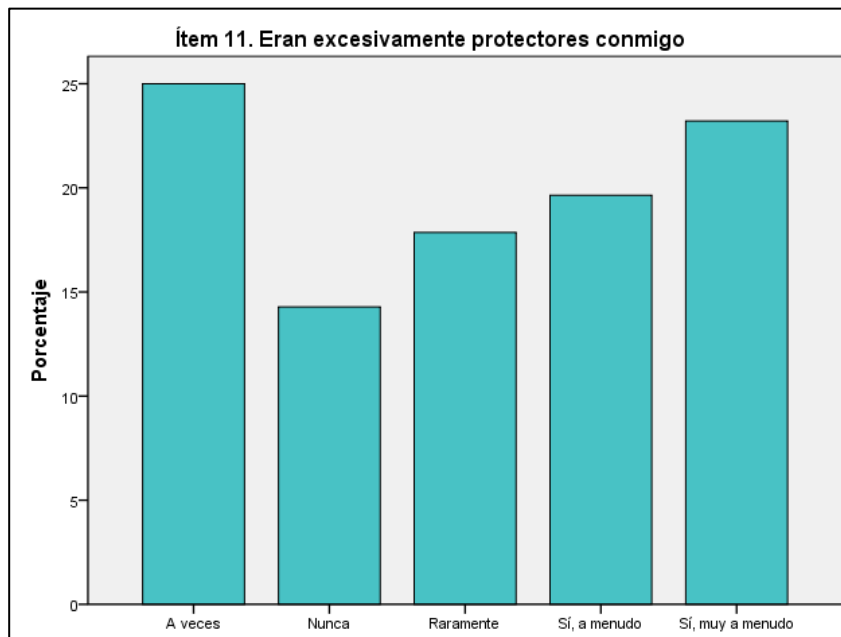


Ítem 11: Eran excesivamente protectores conmigo

En lo que respecta a la protección que conferían a sus hijas, podemos examinar una gran heterogeneidad de respuestas en la muestra.

Figura 11.48 Estadísticos de frecuencias

Ítem 11: Eran excesivamente protectores conmigo



En este caso, las respuestas más comunes asociadas a las manifestaciones paternas de protección expresadas por las participantes fueron las siguientes: “*a veces*” (para 14 de ellas) y “*muy a menudo*” (para 13 adolescentes). Dado que el resto de porcentajes está bastante repartido no resulta fácil poder llegar a una conclusión común sobre si se produjo o no cierta sobreprotección general.

Ítem 12: Me veían como una carga

Tras este breve análisis anterior, y en consonancia con lo que venimos argumentando, vamos a comprobar si las gestantes se vieron como una carga para sus padres cuando eran niñas.

Para ello, observaremos el gráfico 11.117, donde se puede apreciar cómo la muestra se encuentra bastante repartida, pues, 16 gestantes declaran que “*nunca*” experimentaron verse como una carga para sus padres y 9 de ellas “*raramente*” lo percibieron de tal modo. Desafortunadamente, el resto, 31 gestantes, sí compartieron ese sentimiento, pues 7 de ellas declararon que “*muy a menudo*” se veían como una carga, 13 de ellas “*a menudo*”, y otras 11 gestantes “*a veces*”. De esta información podemos dilucidar que en general, las gestantes durante su infancia no se sintieron suficientemente valoradas por sus padres, puesto que percibieron que su presencia podía resultar en cierto modo incómoda para ellos.

Tabla 11.117 Estadísticos de frecuencias*Ítem 12: Me veían como una carga***Ítem 12. Me veían como una carga**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 11 | 19,6 | 19,6 | 19,6 |
| | Nunca | 16 | 28,6 | 28,6 | 48,2 |
| | Raramente | 9 | 16,1 | 16,1 | 64,3 |
| | Sí, a menudo | 13 | 23,2 | 23,2 | 87,5 |
| | Sí, muy a menudo | 7 | 12,5 | 12,5 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 13: Hacían que me sintiera querida y deseada

En lo que respecta a la demostración de sentimientos de afecto, algunas adolescentes (21 gestantes) percibieron cariño por parte de sus padres cuando eran niñas, si bien, éste fue restringido a ocasiones determinadas, es decir se sintieron queridas “a veces”. De hecho, 3 de ellas no lo experimentaron “nunca” y otras 9 gestantes sólo “raramente”.

Tabla 11.118 Estadísticos de frecuencias*Ítem 13: Hacían que me sintiera querida y deseada***Ítem 13. Hacían que me sintiera querida y deseada**

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | A veces | 21 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| | Nunca | 3 | 5,4 | 5,4 | 42,9 |
| | Raramente | 9 | 16,1 | 16,1 | 58,9 |
| | Sí, a menudo | 13 | 23,2 | 23,2 | 82,1 |
| | Sí, muy a menudo | 10 | 17,9 | 17,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

El hecho de que el 58,9% de la muestra no disfrute “a menudo” o “muy a menudo” del cariño de sus padres, de un cariño que les posibilite sentirse queridas y

deseadas, constituye un dato no muy optimista que evidencia ciertas carencias afectivas en la infancia de estas gestantes.

Esa falta de cariño suele dejar fuertes huellas en su personalidad, pues notarán que “*les falta algo*”, y por tanto, en un futuro próximo pueden llegar a tener dificultades para poder desarrollar relaciones afectivas de calidad. Es evidente que la familia debe ser el lugar donde desde niños, los hijos comiencen a aprender cómo se construyen y se mantienen las relaciones afectivas con personas de su entorno.

Ítem 14: Hacían que sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes

Continuando con el análisis de cómo fueron tratadas en la infancia, la muestra en este caso, quedaría también bastante repartida, pues 18 adolescentes afirmaron que “*a veces*” sentían que lo que hacían eran cosas importantes, seguido de otras 15 que por el contrario, alegaron “*a menudo*” sentirse valoradas por sus padres.

Sin embargo, 18 gestantes en total reconocieron que “*nunca*” (8 de ellas) o “*raramente*” (10 de ellas) se podían identificar con este ítem.

Tabla 11.119 Estadísticos de frecuencias

Ítem 14: Hacían que sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes

| Ítem 14. Hacían que sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes | | | | | |
|---|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 18 | 32,1 | 32,1 | 32,1 |
| | Nunca | 8 | 14,3 | 14,3 | 46,4 |
| | Raramente | 10 | 17,9 | 17,9 | 64,3 |
| | Sí, a menudo | 15 | 26,8 | 26,8 | 91,1 |
| | Sí, muy a menudo | 5 | 8,9 | 8,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

De nuevo un 64,3% de las gestantes reconoce que sólo ocasionalmente sus padres hacían que se sintiera valorada. Esta información constituye un nuevo indicador de la escasa atención que recibían en cuanto a la valoración de los logros alcanzados.

Estos padres pasivos, que no estimulan, que no valoran o que no motivan a sus hijos pueden condicionar la competencia social de los mismos, teniendo implicaciones diversas en su forma de relacionarse con los demás.

Ítem 15: Hacían que me avergonzara de mi misma cuando hacía algo mal

Antes de dar por término el análisis descriptivo de este cuestionario, examinaremos si durante su infancia vivieron experiencias infantiles en las que experimentaron vergüenza de sí mismas o de sus propios actos. Dados los resultados obtenidos, podemos extraer que, en nuestra muestra el 35,7% de las participantes “*a menudo*” experimentó vergüenza, seguido de 11 gestantes que la experimentaron “*muy a menudo*”.

A pesar de que estos ítems han reflejado una gran variabilidad de respuestas y que no podemos revelar resultados exclusivamente pesimistas, es evidente que los resultados reflejan datos no muy positivos, lo que a su vez pone de manifiesto la existencia de carencias afectivas. Estas carencias han dado lugar a que las gestantes se perciban como una carga, o que incluso se avergüencen de sus propios actos. Estos resultados resultan más comprensibles si atendemos a que calificaron no muy positivamente el matrimonio de sus padres.

Tabla 11.120 Estadísticos de frecuencias

Ítem 15: Hacían que me avergonzara de mi misma cuando hacía algo mal

| Ítem 15. Hacían que me avergonzara de mi misma cuando hacía algo mal | | | | | |
|---|------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | A veces | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | Nunca | 10 | 17,9 | 17,9 | 35,7 |
| | Raramente | 5 | 8,9 | 8,9 | 44,6 |
| | Sí, a menudo | 20 | 35,7 | 35,7 | 80,4 |
| | Sí, muy a menudo | 11 | 19,6 | 19,6 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Discusión final de resultados: valoración del matrimonio de los padres y del afecto recibido por ellos en la infancia

Dada la amplia variabilidad de respuestas obtenidas en estos ítems, no resulta sencillo poder generalizar los resultados a nuestra muestra objeto de estudio. Si bien, sí que podemos percibir que, en general, existen ciertos desajustes conyugales así como podemos reconocer que no se obtienen resultados excesivamente satisfactorios en la valoración general que ellas efectúan del matrimonio de sus padres. El indicador más claro de que estos matrimonios están de alguna manera dañados, es que en la

calificación general del matrimonio, el mayor acuerdo se dio en la valoración de éste como positivo y negativo a la vez.

Las disputas exageradas entre los progenitores pueden alterar progresivamente la estabilidad relacional de la pareja y causar en los hijos sufrimiento, que como afirman Serrano, Moreno y Galán (2014), pueden traducirse en problemas conductuales y en una falta de adaptación del niño al ambiente. La confianza entre ambos padres tampoco es sobresaliente, pues el mayor porcentaje de la muestra coincidió en afirmar que sólo a veces sus padres confiaron el uno en el otro. En lo que respecta al tiempo que pasaban juntos ambos progenitores, el mayor acuerdo en la muestra también se produjo en “*a veces mis padres pasaban mucho tiempo juntos*”.

Si atendemos al afecto que recibieron de estos cuando eran niñas, podemos de nuevo estimar que existe gran variabilidad de respuestas. Además, en cuanto a la confianza que depositaron en ellos hallamos cómo una gran mayoría de ellas, o bien “*a menudo*,” o bien “*muy a menudo*” sí confiaron. Asimismo, a la mayoría de la muestra o bien “*nunca*” o “*a veces*” sus padres les pegaron sin merecerlo, y en lo que a atención recibida respecta, el mayor acuerdo muestral se dio en que “*a veces mis padres me prestaron muy poca atención*”. A esta realidad muestral cabe añadir, que las gestantes se han sentido como una carga al menos alguna vez y además, solo a “*a veces*” una gran parte de la muestra se sentía querida y deseada. En este sentido, únicamente diez gestantes “*nunca*” se sintieron avergonzadas de sí mismas cuando hacían algo incorrecto.

Es evidente que las vivencias familiares están de algún modo condicionadas por el tipo de vínculo conyugal que existe entre ambos progenitores. En estas familias no se observan resultados de relaciones muy estables y adaptativas, sino relaciones donde predominan desavenencias y algunos desajustes. Esa situación ha podido condicionar la presencia de problemas de competencia social en las niñas que ahora son adolescentes.

11.4. Cuestionario de Valoración de rasgos emocionales de personalidad para la gestante adolescente (Vallejo, 1998).

A continuación se describirá la valoración que las gestantes realizan sobre aspectos de su personalidad, es decir, sobre rasgos vinculados a la sociabilidad, la depresión o la ansiedad. La escala de valoración de respuestas a las que podían optar las

gestantes comprende: “sí”, “no” y “a medias”. La respuesta dependerá del grado de acuerdo que presente la gestante con el ítem formulado.

11.4.1. Análisis descriptivo del Cuestionario de Valoración de rasgos emocionales de personalidad (Vallejo, 1998).

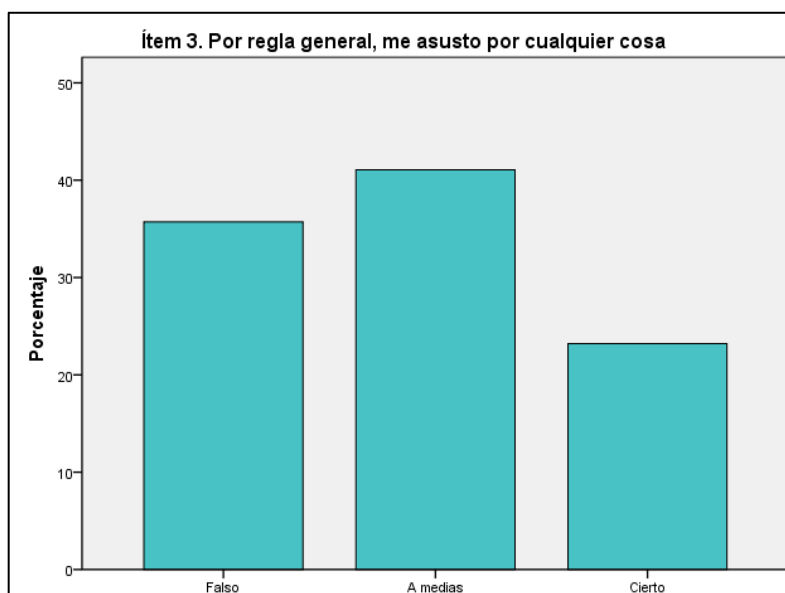
En este apartado se analizarán de forma descriptiva los ítems más importantes de los 45 que conforman en total esta entrevista en forma de cuestionario, propuesta y diseñada por Vallejo (1998).

Ítem 3: Por regla general me asusto por cualquier cosa

En este ítem, la variabilidad de respuesta es muy amplia y cada una de las respuestas manifiesta su forma peculiar de afrontar las situaciones y los miedos.

Figura 11.49 Estadísticos de frecuencias

Ítem 3: Por regla general, me asusto por cualquier cosa



Basándonos en los resultados obtenidos, podemos identificar que hay 20 gestantes que niegan asustarse por cualquier cosa, 23 gestantes que alegan asustarse solo “a medias”, y finalmente, otras 13 que sí reconocen asustarse por cualquier cosa.

Ítem 5: Algunas veces se me ocurren ideas espantosas

En lo que respecta al ítem: “algunas veces se me ocurren ideas espantosas” podemos identificar cómo 21 adolescentes niegan totalmente esta afirmación, frente a

35 de ellas que confirman que es “*cierto*” o “*a medias*” (17 y 18 gestantes respectivamente).

En “*algunas veces se me ocurren ideas espantosas*” las respuestas han sido bastante heterogéneas y repartidas entre las diferentes opciones.

Tabla 11.121 Estadísticos de frecuencias

Ítem 5: Algunas veces se me ocurren ideas espantosas

Ítem 5. Algunas veces se me ocurren ideas espantosas

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Falso | 21 | 37,5 | 37,5 | 37,5 |
| | A medias | 18 | 32,1 | 32,1 | 69,6 |
| | Cierto | 17 | 30,4 | 30,4 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 8: Algunas veces me siento completamente inútil

Si nos interesa conocer cómo han podido repercutir esas carencias afectivas en el sentimiento de competencia y en la propia imagen personal que han elaborado de sí mismas, este ítem: “*algunas veces me siento completamente inútil*”, podría revelarnos información valiosa.

Tabla 11.122 Estadísticos de frecuencias

Ítem 8: Algunas veces me siento completamente inútil

Ítem 8. Algunas veces me siento completamente inútil

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Falso | 12 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | A medias | 19 | 33,9 | 33,9 | 55,4 |
| | Cierto | 25 | 44,6 | 44,6 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

En este sentido, el 78,5% de la muestra “*a medias*” o “*completamente*” se reconoce en el ítem. Por tanto, la autoestima es negativa en este sentido y deberían fomentarse prácticas parentales más positivas que permitieran eliminar este tipo de sentimientos.

Ítem 11: Soy muy impulsiva

En el análisis de la posible impulsividad que pueden presentar las gestantes, concluimos que únicamente 5 de ellas no se identifican con este ítem, frente a 25 adolescentes que señalan que “*a medias*” están de acuerdo y otras 26 quienes están “*totalmente de acuerdo*”. Por tanto, en este caso sí que podríamos confirmar que una gran parte de la muestra se reconoce como impulsiva.

Tabla 11.123 Estadísticos de frecuencias

Ítem 11: Soy muy impulsiva

| Ítem 11. Soy muy impulsiva | | | | | |
|-----------------------------------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Falso | 5 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| | A medias | 25 | 44,6 | 44,6 | 53,6 |
| | Cierto | 26 | 46,4 | 46,4 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Esta impulsividad puede entenderse mejor si atendemos a la falta de planificación del embarazo, tan común y tan frecuente en muchas de ellas.

Ítem 15: Soy una persona sin cambios de carácter

En lo que respecta a este ítem: “*soy una persona sin cambios de carácter*” casi la mitad de las gestantes (42,9% de la muestra), es decir, 24 adolescentes niegan poder identificarse con dicha afirmación. Es decir, consideran que su carácter fluctúa bastante, y ello puede tener parte de su origen en los cambios propios de la adolescencia donde es común la presencia de ambivalencias.

Estos cambios frecuentes de carácter pueden generar problemas en la convivencia familiar o en las relaciones que establecerá la gestante con otras personas de su entorno más próximo.

Tabla 11.124 Estadísticos de frecuencias

Ítem 15: Soy una persona sin cambios de carácter

| Ítem 15. Soy una persona sin cambios de carácter | | | | | |
|--|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Falso | 24 | 42,9 | 42,9 | 42,9 |
| | A medias | 18 | 32,1 | 32,1 | 75,0 |
| | Cierto | 14 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

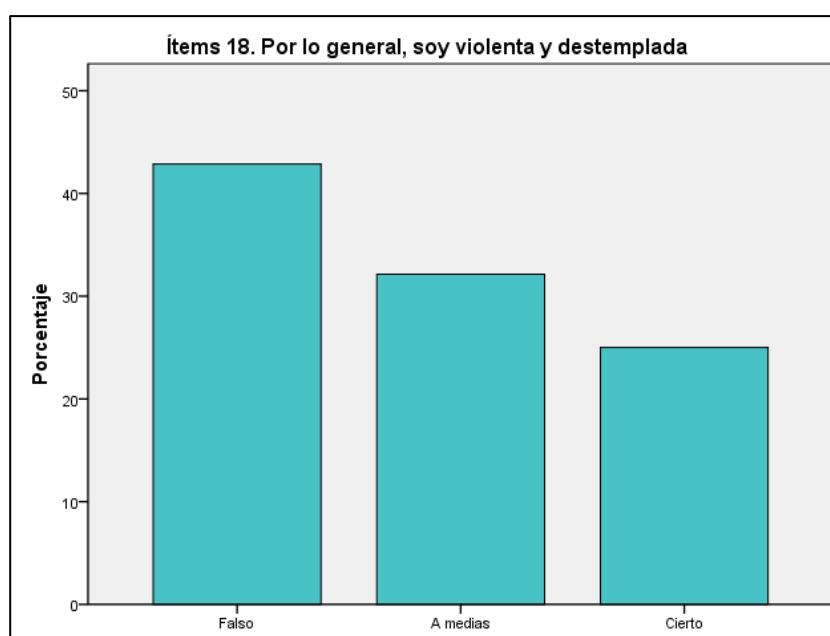
Ítem 18: Por lo general, soy violenta y destemplada

En el análisis del ítem “*por lo general soy violenta y destemplada*” identificamos cómo gran parte de ellas (42,9%), es decir, 24 gestantes, consideran falsa esta afirmación. Si bien, más de la mitad muestral se describe “*a medias*” como violenta y destemplada, o directamente considera “*cierta*” dicha afirmación.

Por consiguiente, en la muestra identificamos cierta agresividad. Además, según la OMS, desafortunadamente, dadas las construcciones de género y las características de algunas parejas de adolescentes, la situación de vulnerabilidad puede desembocar en que algunos adolescentes lleguen a aceptar relaciones violentas.

Figura 11.50: Estadísticos de frecuencias

Ítem 18: Por lo general, soy violenta y destemplada.



Ítem 23: Nunca he saltado de alegría

Respecto al estado de júbilo y satisfacción que pueden experimentar las gestantes, llama nuestra atención cómo 6 de ellas sostienen que “*nunca*” han experimentado esa dicha o alegría, lo que nos indicaría que tal vez mienten o no son conscientes de los momentos en los que han sido felices. El 75% de la muestra niega esta afirmación, ya que en algún momento de su existencia han experimentado emociones positivas. Esto coincide con el hecho de que, como afirma la OMS, en torno al embarazo adolescente, existe una gran diversidad de escenarios que nos llevan a concluir que estaríamos ante un fenómeno complejo, que a menudo va vinculado a emociones diferentes: alegría, esperanza, dolor...

Tabla 11.125 Estadísticos de frecuencias

Ítem 23: Nunca he saltado de alegría

| Ítem 23. Nunca he saltado de alegría | | | | | |
|---|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Falso | 42 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| | A medias | 8 | 14,3 | 14,3 | 89,3 |
| | Cierto | 6 | 10,7 | 10,7 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 26: No me considero una persona cariñosa

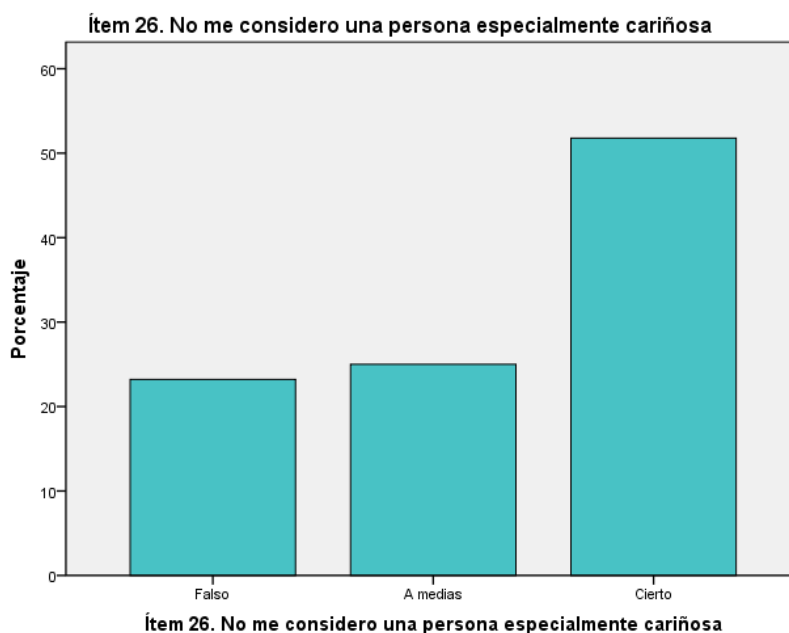
Continuando con el análisis de la personalidad de las gestantes, y atendiendo específicamente a si se perciben cariñosas, es decir, si muestran afecto y son tiernas, hallaremos cómo una mayoría muestral (51,8%) no se considera especialmente cariñosa (no suelen ser efusivas en las muestras de cariño), frente a un 48,2% que reconoce que “*a medias*” o “*totalmente*” sí podrían definirse así.

Sobre esta afectividad, algunos países promueven estrategias que incluyen la promoción en estas habilidades junto con otras como el control de la impulsividad, el autocontrol y la capacidad de negociación (OMS).

En Figura 11.51 podemos observar la distribución de los porcentajes en relación a este ítem.

Figura 11.51 Estadísticos de frecuencias

Ítem 26: No me considero una persona especialmente cariñosa



Ítem 27: Soy una persona muy idealista

Si pretendemos conocer esa tendencia o inclinación de nuestras gestantes a idealizar su realidad, observaremos cómo en el ítem 27 las puntuaciones se mantienen bastante repartidas entre las tres opciones posibles, donde 22 gestantes se identifican con ser idealistas, frente a otras 18 que no se reconocen como tal. En estas respuestas encontramos grandes disparidades.

En Tabla 11.126 podemos identificar de forma gráfica cómo son de idealistas nuestras gestantes participantes.

Tabla 11.126 Estadísticos de frecuencias

Ítem 27: Soy una persona muy idealista

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos Falso | 18 | 32,1 | 32,1 | 32,1 |
| A medias | 16 | 28,6 | 28,6 | 60,7 |
| Cierto | 22 | 39,3 | 39,3 | 100,0 |
| Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 33: Establezco una intensa relación afectiva con mis amigos

El ítem “establezco una intensa relación afectiva con mis amigos” nos da a conocer el grado de implicación afectiva que exhiben las gestantes con ellos. Como podemos comprobar, el 51,8% reconoce establecer relaciones intensas y otro 42,9% lo reconoce sólo “a medias”. Por tanto, en general, descartamos frialdad en las relaciones de amistad y evidenciamos la existencia de afecto en las relaciones que establecen con ellos, a pesar de que con el embarazo, posiblemente han tenido que dejar de realizar determinadas actividades que antes compartían.

Tabla 11.127 Estadísticos de frecuencias

Ítem 33. Establezco una intensa relación afectiva con mis amigos

| Ítem 33. Establezco una intensa relación afectiva con mis amigos | | | | | |
|---|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Falso | 3 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| | A medias | 24 | 42,9 | 42,9 | 48,2 |
| | Cierto | 29 | 51,8 | 51,8 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 37: Me suelen aparecer ideas malas en la cabeza

Este ítem aporta información útil, ya que gracias a él sabemos que únicamente 10 gestantes consideran que “no les suelen aparecer ideas malas en la cabeza”. Como afirma Loscertales (2015), una persona dotada de salud mental no está totalmente libre de ansiedad o de sentimientos de culpabilidad. Sin embargo, este ítem puede ser un indicador de que algunas gestantes puedan estar afrontando un embarazo difícil y lleno de obstáculos.

Tabla 11.128 Estadísticos de frecuencias

Ítem 37: Me suelen aparecer ideas malas en la cabeza

| Ítem 37. Me suelen aparecer ideas malas en la cabeza | | | | | |
|---|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Falso | 10 | 17,9 | 17,9 | 17,9 |
| | A medias | 21 | 37,5 | 37,5 | 55,4 |
| | Cierto | 25 | 44,6 | 44,6 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 38: Últimamente he perdido interés por las cosas que me ilusionaban

El análisis de este ítem puede facilitarnos el reconocimiento en la gestante de una pérdida de interés e ilusión por determinadas cosas. En este caso, casi la mitad de las gestantes (24 de ellas) reconoce haber perdido interés. Gran parte de esta pérdida de interés es generada a menudo por la llegada de un nuevo miembro a la familia y probablemente, por la asunción de nuevas responsabilidades o exigencias derivadas del nacimiento del bebé.

Tabla 11.129 Estadísticos de frecuencias

Ítem 38: Últimamente he perdido el interés por las cosas que me ilusionaban

Ítem 38. Últimamente he perdido el interés por las cosas que me ilusionaban

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Falso | 8 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| | A medias | 24 | 42,9 | 42,9 | 57,1 |
| | Cierto | 24 | 42,9 | 42,9 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 41: Tengo sueños tan malos que me levanto agotada

Respecto al ítem “*tengo sueños tan malos que me levanto agotada*”, algo más de la mitad de las gestantes (51,8%) reconoce que alguna vez ha sufrido este tipo de pesadillas. Estos sueños pueden ser reflejo de la serenidad o de las perturbaciones que pueden estar aconteciendo en la vida de estas adolescentes.

Tabla 11.130 Estadísticos de frecuencias

Ítem 41: Tengo sueños tan malos que me levanto agotada

Ítem 41. Tengo sueños tan malos que me levanto agotada

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Falso | 5 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| | A medias | 22 | 39,3 | 39,3 | 48,2 |
| | Cierto | 29 | 51,8 | 51,8 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 42: No me considero una persona sociable y amistosa

El ítem 42 nos informa de la percepción que posee la gestante sobre su propia sociabilidad. De todas ellas, 21 gestantes argumentaron que “*a medias*” se consideraban sociables y otras 20 indicaron que no se reconocían como personas amistosas ni sociables. Por tanto, aunque los porcentajes están muy repartidos, en general predomina una escasa sociabilidad.

Esta escasa sociabilidad contrasta con el afecto que afirmaron mantener en sus relaciones de amistad. Este resultado puede ser indicador de que en sus relaciones íntimas tal vez muestren mayor habilidad para entregarse y ser afectuosas, mientras que para entablar nuevas relaciones sociales sean menos habilidosas y les cueste mayor esfuerzo.

Tabla 11.131 Estadísticos de frecuencias

Ítem 42: No me considero una persona sociable y amistosa

Ítem 42. No me considero una persona sociable y amistosa

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Falso | 20 | 35,7 | 35,7 | 35,7 |
| | A medias | 21 | 37,5 | 37,5 | 73,2 |
| | Cierto | 15 | 26,8 | 26,8 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Ítem 43: Mucha gente piensa de mí que soy fría y distante

Este ítem nos permite verificar si es posible que predomine cierto grado de calidez en la personalidad de la gestante, o si por el contrario éstas suelen ser más frías o distantes en sus relaciones.

Tabla 11.132 Estadísticos de frecuencias

Ítem 43: Mucha gente piensa de mí que soy fría y distante

Ítem 43. Mucha gente piensa de mí que soy fría y distante

| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válidos | Falso | 18 | 32,1 | 32,1 | 32,1 |
| | A medias | 25 | 44,6 | 44,6 | 76,8 |
| | Cierto | 13 | 23,2 | 23,2 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Esta frialdad o calidez tendrá repercusión en el tipo de relación que establezcan con los demás. El 44,6% de la muestra señala que la gente “*a medias*” piensa de ella que es fría y distante, mientras otro 32,1% no se identifica nada con esa frialdad. Los porcentajes están muy repartidos y reflejan la heterogeneidad que existe en cuanto a personalidad y la imposibilidad de poder clasificarlas bajo los mismos términos.

Ítem 45: Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser

“*El esperar lo peor, aunque se desconozca lo que puede ser*” refleja el pesimismo que puede estar presente en la gestante, más aun teniendo en cuenta que en su mayoría, afrontan un embarazo no planificado. Los porcentajes están muy repartidos, identificamos gestantes que sí esperan lo peor, mientras otras son más optimistas. Superan ligeramente el porcentaje de las adolescentes optimistas (41,1%).

Tabla 11.133 Estadísticos de frecuencias

Ítem 45: Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser

| Ítem 45. Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser | | | | | |
|--|----------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válidos | Falso | 23 | 41,1 | 41,1 | 41,1 |
| | A medias | 16 | 28,6 | 28,6 | 69,6 |
| | Cierto | 17 | 30,4 | 30,4 | 100,0 |
| | Total | 56 | 100,0 | 100,0 | |

Discusión final de resultados: valoración de rasgos de personalidad

A pesar de las dificultades a las que han tenido que hacer frente algunas gestantes y aunque puedan ser conscientes de que no han sabido superar correctamente ciertos obstáculos que se han presentado durante la gestación, la imagen que devuelven a la investigación no es la más desfavorable, aunque tampoco es la más próspera.

Si bien es cierto, en lo que respecta a aspectos emocionales, nuestros resultados evidencian que el embarazo ha tenido repercusiones importantes en la esfera de la personalidad, al igual que ocurre en la investigación de Vallejo (1998). Pues, la presencia de cambios emocionales ha sido ineludible, y además, éstos se han agudizado debido a los desajustes afectivos propios de la adolescencia. En este sentido, hemos identificado la presencia de impulsividad en muchas de ellas o el rechazo a la norma, los

cuáles, al igual que apuntaba Vallejo (1998), pueden haberse intensificado durante el embarazo al no disponer de un apoyo familiar de calidad.

Asimismo, se ha detectado en las gestantes cierta calidez, a la vez que han reconocido la presencia de ciertos temores, inquietudes y pensamientos autoinculporios, que aunque no son generalizables a toda la muestra, sí han predominado en ella. Por otra parte, aunque la mayoría ha experimentado alegría en algún momento, sí que observamos en muchas de ellas cierto pesimismo, así como una incapacidad para poder concentrarse.

11.5. Análisis inferencial de correlaciones: “Cuestionario de Valoración de Matrimonio de los padres y Experiencia Afectiva en la infancia” y “Cuestionario de Rasgos emocionales de Personalidad”.

Con el fin de identificar posibles correlaciones significativas positivas o negativas entre los diferentes ítems que hemos ido analizando a lo largo de estos dos últimos cuestionarios, van a ser interrelacionados todos mediante análisis inferencial.

Damos comienzo a este análisis inferencial explorando si los progenitores de la gestante confiaban el uno en el otro, hallamos en este caso, que la valoración que realiza la gestante sobre esa confianza, va a correlacionar positivamente, con la descripción que ella realice sobre las manifestaciones de cariño que se dispensaban, la valoración que pueda realizar de su matrimonio, y también, con la valoración que ha realizado sobre si se sintió querida y deseada durante esa infancia (ver Tabla 11.134).

Tabla 11.134 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 2 con ítems 1, 4, 5, 8, 13 y 45.

| | Ítem 1. ¿Discutían de forma exagerada tus padres? | Ítem 4. ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)? | Ítem 5. ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres? | Ítem 8. Me prestaban muy poca atención | Ítem 13. Hacían que me sintiera querida y deseada | Ítem 45. Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser |
|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Ítem 2. ¿Confiaba uno en el otro? | -,631** | ,572** | ,741** | -,503** | ,526** | -,508** |
| Correlación de Spearman | | | | | | |
| Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

Así mismo, tal y como identificamos en Tabla 11.134, la valoración que la gestante pueda realizar sobre la confianza que sus padres se tenían, correlacionará negativamente con las discusiones que mantendrían éstos durante su infancia, con la escasa atención que prestaban a ésta y con el hecho de que últimamente la gestante siempre espere lo peor aunque no sepa definir lo que puede ser.

Tabla 11.135 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 4 con ítems 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13 y 14

| | Ítem 5. ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres? | Ítem 6. Podía confiar fácilmente en ellos | Ítem 8. Me prestaban muy poca atención | Ítem 9. Decían cosas agradables de mí | Ítem 10. Disfrutaban teniéndome cerca de ellos. | Ítem 11. Eran excesivamente protectores conmigo. | Ítem 13. Hacían que me sintiera querida y deseada | Ítem 14. Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes |
|----------------------------|---|---|--|---------------------------------------|---|--|---|--|
| Ítem 4 – Correlac Spearman | ,726** | ,614** | -,594** | ,560** | ,530** | ,611** | ,553** | ,561** |
| Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

En lo que respecta a si las gestantes recuerdan manifestaciones de cariño entre sus progenitores durante su infancia, hallamos en Tabla 11.135, que el recordar dichas manifestaciones de amor, correlaciona positivamente con la calificación positiva que pueden efectuar las gestantes del matrimonio de sus padres, con el poder confiar fácilmente en ellos, así como con la valoración que puedan realizar sobre si éstos decían cosas agradables de ellas, si disfrutaban teniéndoles cerca, o si eran excesivamente protectores, si lograban que se sintieran queridas y deseadas, y también, con el sentir que lo que hacían sus hijas eran cosas importantes. Este ítem correlaciona negativamente con la baja atención que les dedicaron sus padres en su infancia.

Tabla 11.136 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 6 con ítems 10, 13 y 14

| | | Ítem 10. Disfrutaban teniéndome cerca de ellos | Ítem 13. Hacían que me sintiera querida y deseada | Ítem 14. Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes |
|---|-------------------------|--|---|--|
| Ítem 6. Podía confiar fácilmente en ellos | Correlación de Spearman | ,693** | ,594** | ,512** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 |

En lo que respecta a si ellas podían confiar fácilmente en sus padres cuando eran niñas (ver Tabla 11.136), podemos identificar algunas correlaciones positivas, por un lado con respecto al disfrute de los padres con sus hijas, por otro lado, con el sentirse queridas y deseadas por ellos, y por último, con el experimentar que las cosas que hacían eran importantes.

Tabla 11.137 Correlaciones de Spearman

Correlación ítem 7 con ítem 12

| | Ítem 12. Me veían como una carga |
|---|----------------------------------|
| Ítem 7. Me pegaban aunque no lo mereciera | ,565** |
| Correlación de Spearman | |
| Sig. (bilateral) | ,000 |
| N | 56 |

En cuanto a los castigos físicos que pudieron recibir las gestantes cuando eran niñas aunque no lo merecieran (Tabla 11.137), observamos que correlacionarán positivamente con el que las gestantes se viesan como una carga durante esa infancia. Es una correlación débil, pero para nosotros interesante.

Por otro lado, en Tabla 11.138, podemos verificar cómo el que las gestantes recibieran palabras agradables de sus padres cuando eran niñas correlaciona positivamente con que también ellas se sintieran queridas y deseadas por ellos en su infancia, y también, con el hecho de que sintieran que lo que hacían eran cosas importantes.

Tabla 11.138 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 9 con ítems 13 y 14

| | | Ítem 13. Hacían que me sintiera querida y deseada | Ítem 14. Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes |
|---------------------------------------|-------------------------|---|--|
| Ítem 9. Decían cosas agradables de mi | Correlación de Spearman | ,650** | ,667** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

Por último, también existe una correlación positiva entre el hecho de que los padres lograsen que sus hijas se sintieran queridas y deseadas cuando eran niñas, con el sentimiento por parte de éstas de que lo que hacían eran cosas importantes (Tabla 11.139).

Tabla 11.139 Correlaciones de Spearman

Correlación ítem 13 con ítem 14.

| | | |
|---|-------------------------|--|
| | | Ítem 14. Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes |
| Ítem 13. Hacían que me sintiera querida y deseada | Correlación de Spearman | ,805** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 56 |

11.6 Análisis inferencial, correlación de ítems correspondientes a todos los cuestionarios y discusión de resultados.

A partir de los datos que se recopilaron de todos los ítems formulados en cada uno de los cuestionarios empleados en esta investigación, se optó por correlacionar todos los resultados con el propósito de observar posibles relaciones significativas entre ellos.

Las correlaciones que se van a originar, aunque sean muy débiles, nos van a posibilitar tanto el conocimiento como la identificación de relaciones significativas que pueden existir entre determinados factores de interés para el estudio.

Tabla 11.140 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 1 con ítem 53 y 55

| | | | |
|---|-------------------------|---|--|
| | | Ítem 53. Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser | Ítem 55. Siento que he decepcionado a las personas que confiaban en mí |
| Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento | Correlación de Spearman | -,522** | -,547** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

Como podemos identificar en Tabla 11.140, la consideración por parte de la adolescente, de que el momento en el que se ha quedado embarazada sea un buen momento, correlacionará negativamente con esperar lo peor aunque no sepa exactamente definir qué es y con sentir que ha decepcionado a personas que confiaban en ella.

Tabla 11.141 Correlaciones de Spearman*Correlaciones ítem 4 con ítems 67, 75, 77 y 85*

| | | Ítem 67. Mi pareja habla conmigo de lo que me preocupa o me interesa. | Ítem 75. Mi pareja me explica por qué una cosa está bien o por qué está mal. | Ítem 77. Puedo fiarme de mi pareja | Ítem 85. Me acepta como soy. |
|---|-------------------------|---|--|------------------------------------|------------------------------|
| Ítem 4. Cuando estoy muy nerviosa y alterada mi pareja me apoya | Correlación de Spearman | ,878** | ,874** | ,828** | ,892** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 | 56 |

Por otra parte, si analizamos el apoyo que proporciona la pareja a la gestante cuando ésta se siente nerviosa y alterada, podemos confirmar que ello correlacionará positivamente con el poder hablar con él de lo que a ella le preocupa o interesa, con el hecho de que éste le explique por qué una cosa está bien o está mal, con el hecho de que ella pueda fiarse de él y con la aceptación por parte de la pareja respecto a la forma de ser de la gestante (ver Tabla 11.141).

En Tabla 11.142, apreciaremos también una correlación positiva si vinculamos el ítem que se refiere al ánimo que proporciona la madre de la gestante a su hija cuando lo necesita, con otro ítem que afirma que la madre habla con la gestante de lo que le preocupa y le interesa. Asimismo, el que la madre de ánimos a su hija también se relaciona de igual forma con otro ítem vinculado a la aceptación de la forma de ser de la gestante por parte de su madre.

Tabla 11.142 Correlaciones de Spearman*Correlaciones ítem 11 con ítems 65, 81, 82 y 83.*

| | | Ítem 65. Mi madre habla conmigo de lo que me preocupa o me interesa. | Ítem 81. Mi madre me acepta como soy. |
|---|-------------------------|--|---------------------------------------|
| Ítem 11. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma | Correlación de Spearman | ,533** | ,590** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

Tal y como muestra la Tabla 11.143, una difícil aceptación de este embarazo se relacionará positivamente con el recuerdo de recibir castigos físicos innecesarios cuando era niña, y por otra parte, correlacionará negativamente con el recordar manifestaciones

de cariño entre sus padres cuando era pequeña. Asimismo, también correlacionará negativamente con el hecho de que la adolescente pueda fiarse de su padre.

Tabla 11.143 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 12 con ítems 25, 27, 71 y 78

| | | Ítem 25. ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)? | Ítem 27. Me pegaban aunque no lo mereciera | Ítem 71. Puedo fiarme de mi padre. |
|--|------------------|--|--|------------------------------------|
| Ítem 12. Me cuesta aceptar este embarazo | Correl Spearman | -,526** | ,583** | -,540** |
| | Sig. (bilateral) | | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 |

La consideración por parte de la gestante de que este embarazo está siendo fácil de afrontar (ver Tabla 11.144) se relacionará positivamente con el que la pareja demuestre a la gestante que la quiere y acepta su forma de ser.

Tabla 11.144 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 13 con ítems 84 y 85

| | | Ítem 84. Mi pareja me demuestra que me quiere. | Ítem 85. Me acepta como soy. |
|---|-------------------------|--|------------------------------|
| Ítem 13. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil | Correlación de Spearman | ,534** | ,517** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

En lo que respecta al ítem “*ojalá no estuviera embarazada*” (ver Tabla 11.145), encontramos nuevas correlaciones que llaman nuestra atención, pues este ítem se relaciona positivamente con el hecho de que se percibiera como una carga para sus padres, y negativamente, con el que su pareja le demuestre actualmente que la quiere tal y cómo es.

Tabla 11.145 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítems 14 con ítems 32, 84 y 85

| | | Ítem 32. Me veían como una carga | Ítem 84. Mi pareja me demuestra que me quiere. | Ítem 85. Me acepta como soy. |
|--|-------------------------|----------------------------------|--|------------------------------|
| Ítem 14. Ojalá no estuviera embarazada | Correlación de Spearman | ,558** | -,550** | -,590** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 |

Tal y como observamos en Tabla 11.146, el hecho de que la gestante crea que podrá ser buena madre correlacionará positivamente con que su padre le demuestre que la quiere.

Tabla 11.146 Correlaciones de Spearman

Correlación ítem 16 con ítem 78

| | | Ítem 78. Mi padre me demuestra que me quiere. |
|---|-------------------------|---|
| Ítem 16. Creo que puedo ser una buena madre | Correlación de Spearman | ,505** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 56 |

Si pretendemos encontrar ítems que correlacionen con el sentimiento de felicidad con el embarazo, hemos de hacer mención a Tabla 11.147, pues en ella identificaremos una relación significativa positiva entre esta felicidad con el hecho de que las gestantes puedan fiarse de sus padres, de sus parejas, también con el que sus padres demuestren que las quieren, así como también correlaciona de igual modo con el hablar con ellos de lo que les preocupa o les interesa. El estar feliz con el embarazo correlacionará negativamente con el haber recibido castigos físicos por parte de sus padres en la infancia.

Tabla 11.147 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 18 con ítems 27, 63, 71, 77 y 78

| | | Ítem 27. Me pegaban aunque no lo mereciera | Ítem 63. Mi padre habla conmigo de lo que me preocupa o me interesa. | Ítem 71. Puedo fiarme de mi padre. | Ítem 77. Puedo fiarme de mi pareja | Ítem 78. Mi padre me demuestra que me quiere. |
|--|--------------------|--|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Ítem 18. Estoy feliz con este embarazo | Correl de Spearman | -,541** | ,542** | ,569** | ,507** | ,549** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

El que el padre de la gestante esté contento con el embarazo de su hija (ver Tabla 11.148) se relacionará positivamente con el ítem “*puedo fiarme de mi padre*”, también con otros ítems como: “*mi padre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma*”, “*mi padre habla conmigo de lo que me preocupa o me interesa*”, “*mi padre me explica por qué está bien o está mal una cosa*”, “*mi padre me acepta cómo soy*” y “*mi padre me apoya en todo lo que hago*”.

Tabla 11.148 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 20 con ítems 21, 63, 69, 71, 79 y 80

| | | Ítem 21. Mi padre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma | Ítem 63. Mi padre habla conmigo de lo que me preocupa o me interesa. | Ítem 69. Mi padre me explica por qué una cosa está bien o por qué está mal. | Ítem 71. Puedo fiarme de mi padre. | Ítem 79. Mi padre me acepta como soy. | Ítem 80. Mi padre me apoya en todo lo que hago. |
|---|------------------|---|--|---|------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Ítem 20. Mi padre está contento con mi embarazo | Corr Spearman | ,678** | ,736** | ,695** | ,686* | ,571** | ,756** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

En lo que respecta a si las gestantes recuerdan manifestaciones de cariño entre sus progenitores cuando eran niñas, estas manifestaciones, tal y como parece indicar Tabla 11.149, se relacionarán negativamente con una baja aceptación del embarazo, y positivamente, con la aceptación por parte del padre de la forma de ser de su hija.

Tabla 11.149 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 25 con ítems 12 y 79

| | | Ítem 12. Me cuesta aceptar este embarazo | Ítem 79. Mi padre me acepta como soy. |
|--|-------------------------|--|---------------------------------------|
| Ítem 25. ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)? | Correlación de Spearman | -,526** | ,508** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

El que las gestantes reconozcan que fueron pegadas en la infancia se relacionará positivamente con una costosa aceptación del embarazo, y negativamente, con la experiencia de felicidad con el mismo.

Tabla 11.150 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 27 con ítem 12 y 18

| | | Ítem 12. Me cuesta aceptar este embarazo | Ítem 18. Estoy feliz con este embarazo |
|--|-------------------------|--|--|
| Ítem 27. Me pegaban aunque no lo mereciera | Correlación de Spearman | ,583** | -,541** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

El hecho de que los padres prestasen muy poca atención a las gestantes cuando eran niñas (ver Tabla 11. 151), se relacionará positivamente con la percepción que ellas mantendrán de que fueron una carga para ellos. Este ítem también correlacionará negativamente con la valoración que realizarán del disfrute que experimentaron sus padres cuando ellas estaban cerca de ellos, también con la percepción que tienen de haberse sentido queridas por ellos en su infancia y con el establecer una relación intensa con sus amigos en la actualidad.

Tabla 11.151 Correlaciones de Spearman

Correlación ítem 28 con ítems 30, 32, 33, 34 y 46.

| | | Ítem 30. Disfrutaba n teniéndome cerca de ellos | Ítem 32. Me veían como una carga | Ítem 33. Hacían que me sintiera querida y deseada | Ítem 34. Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes | Ítem 46. Establezco una intensa relación afectiva con mi amigos |
|---|------------------|---|----------------------------------|---|--|---|
| Ítem 28. Me prestaban muy poca atención | Corr Spearman | -,553** | ,555** | -,557** | -,544** | -,504** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

Tal y como refleja Tabla 11.152, el hecho de que la gestante sintiera que era una carga para sus padres cuando era niña se relacionará positivamente con el recibir castigos físicos sin merecerlo por parte de ellos, así como con la escasa atención que recibió por su parte y con el hacer que se avergonzase de sí misma cuando hacía algo mal.

Tabla 11.152 Correlaciones de Spearman*Correlaciones del ítem 32 con ítems 27, 28 y 35*

| | | Ítem 27. Me pegaban aunque no lo mereciera | Ítem 28. Me prestaban muy poca atención | Ítem 35. Hacían que me avergonzara de mi misma cuando hacía algo mal |
|----------------------------------|-------------------------|--|---|--|
| Ítem 32. Me veían como una carga | Correlación de Spearman | ,565** | ,555** | ,534** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 |

Por otra parte, el hecho de que la gestante se sienta querida por sus padres correlacionará positivamente con la calificación positiva que ésta puede hacer del matrimonio de éstos, de sus manifestaciones de cariño, de recibir palabras agradables de ellos, de su capacidad de disfrute con ella, y también con el sentimiento de que lo que hacía durante su infancia eran cosas importantes. En Tabla 11.153 se pueden observar las diferentes correlaciones que acabamos de describir.

Tabla 11.153 Correlaciones de Spearman*Correlaciones ítem 33 con ítems 5, 25, 26, 28, 29, 30 y 34*

| | | Ítem 5. ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres? | Ítem 25. ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)? | Ítem 26. Podía confiar fácilmente en ellos | Ítem 28. Me prestaban muy poca atención | Ítem 29. Decían cosas agradables de mi | Ítem 30. Disfrutaban teniéndome cerca de ellos | Ítem 34. Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes |
|---|------------------|---|--|--|---|--|--|--|
| Ítem 33. Hacían que me sintiera querida y deseada | Corr.Spearman | ,578** | ,553** | ,594** | -,557** | ,650** | ,664** | ,805** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

Si atendemos a los datos que nos ofrece Tabla 11.154, aunque la correlación no es muy elevada, el ítem relativo a la vergüenza que experimentaba la gestante cuando era una niña y hacía algo mal correlacionará positivamente con que últimamente la adolescente espere lo peor aunque desconozca qué puede ser.

Tabla 11.154 Correlaciones de Spearman

Correlación de ítem 35 con ítem 53

| | | |
|--|-------------------------|---|
| | | Ítem 53. Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser |
| Ítem 35. Hacían que me avergonzara de mi misma cuando hacía algo mal | Correlación de Spearman | ,545** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 56 |

El que a las gestantes “*les aparezcan ideas malas en la cabeza*” correlaciona positivamente con el hecho de que últimamente han perdido interés por las cosas que antes les ilusionaban y también correlaciona con el hecho de que últimamente esperen lo peor aunque no sepan definir lo que puede ser. En Tabla 11.155 se pueden observar las correlaciones que acabamos de identificar.

Tabla 11.155 Correlaciones de Spearman

Correlaciones de ítem 47 con ítems 48 y 53

| | | | |
|--|-------------------------|---|---|
| | | Ítem 48. Últimamente he perdido el interés por las cosas que me ilusionaban | Ítem 53. Últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser |
| Ítem 47. Me suelen aparecer ideas malas en la cabeza | Correlación de Spearman | ,539** | ,504** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 | ,000 |
| | N | 56 | 56 |

Si atendemos a la Tabla 11.156, observaremos cómo el que la gestante perciba que ha decepcionado a personas que confiaban en ella correlacionará negativamente con la valoración positiva que ésta podrá realizar del momento en el que se ha quedado embarazada.

Tabla 11.156 Correlaciones de Spearman

Correlación ítem 57 con ítem 1

| | | |
|--|-------------------------|---|
| | | Ítem 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento |
| Ítem 57. Siento que he decepcionado a las personas que confiaban en mí | Correlación de Spearman | -,547** |
| | Sig. (bilateral) | ,000 |
| | N | 56 |

En cuanto al pesimismo de la gestante, es decir, por ejemplo, el creer que la vida no merece la pena correlacionará positivamente con una costosa aceptación del embarazo, con tener ideas malas en la cabeza y con el haberse percibido como una carga

para sus padres cuando era niña. Por otra parte, correlacionará negativamente con una valoración positiva del matrimonio de los padres y con el poder confiar fácilmente en ellos (ver tabla 11.157).

Tabla 11.157 Correlaciones de Spearman

Correlaciones ítem 58 con ítems 12, 5, 26, 32 y 47

| | | Ítem 12. Me cuesta aceptar este embarazo | Ítem 5. ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres? | Ítem 26. Podía confiar fácilmente en ellos | Ítem 32. Me veían como una carga | Ítem 47. Me suelen aparecer ideas malas en la cabeza |
|--|--|---|--|--|--|--|
| Ítem 58. Creo realmente que la vida no merece la pena | Corr. Spearman Sig. (bilateral) N | ,408** | -,467** | -,423** | ,443** | ,464** |
| | | ,002 | ,000 | ,001 | ,001 | ,000 |
| | | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |

11.7. Diseño factorial. Análisis del efecto de diferentes variables independientes sobre una variable dependiente: Adaptación al embarazo

Según Pereda (1987) citado por Cubo et al. (2011), el diseño factorial es el diseño de investigación que nos permite estudiar el efecto de dos o más variables independientes sobre un fenómeno (en nuestro caso la adaptación al embarazo), así como saber si estas variables independientes interactúan entre sí sobre esa variable dependiente.

En este apartado se van a llevar a efecto diferentes diseños factoriales con el objeto de explorar las variables independientes que pueden estar afectando a la variable dependiente: “*adaptación al embarazo*”. Como variables independientes tomaremos las siguientes: el efecto del apoyo materno, el apoyo de la pareja, el apoyo del padre, la identificación con el rol materno, la preparación al parto, la edad, la preocupación por el embarazo, la decepción, la aceptación del embarazo y el pesimismo durante el embarazo.

Nuestro objetivo es conocer qué factores podemos identificar como facilitadores de dicha adaptación, para posteriormente, poder diseñar un programa de intervención que facilite esa anhelada adaptación al embarazo y maternidad.

11.7.1. Diseño factorial de las variables: efecto del apoyo materno y de pareja en la adaptación al embarazo

En primer lugar, procederemos a analizar desde un diseño factorial experimental, el efecto que puede tener el apoyo que proporcionan la pareja y la madre de la gestante sobre la adaptación a la gestación. Para ello, se seleccionaron gestantes al azar de la muestra siempre que pudieran acogerse a las condiciones experimentales que se establecieron.

Las variables independientes estudiadas fueron: el apoyo de la pareja (nula relación, relación con altibajos o buena relación) y el apoyo materno (pésima, regular o buena relación).

- V. independiente 1: apoyo de pareja. Valores:

1. Buena relación
2. Relación con altibajos
3. Nula relación

- V. independiente 2: apoyo de la madre. Valores:

1. Buena relación
2. Regular relación
3. Nula relación

Nuestras hipótesis de trabajo fueron las siguientes:

Hipótesis 1: Las adolescentes que disfrutaban del apoyo de sus parejas durante el embarazo y mantienen además buena relación, reflejarán una adaptación al embarazo mayor que las gestantes que mantienen una relación de pareja con altibajos, y éstas a su vez, mayor que las gestantes que no mantienen ninguna relación de pareja con los que serán los futuros padres de sus bebés.

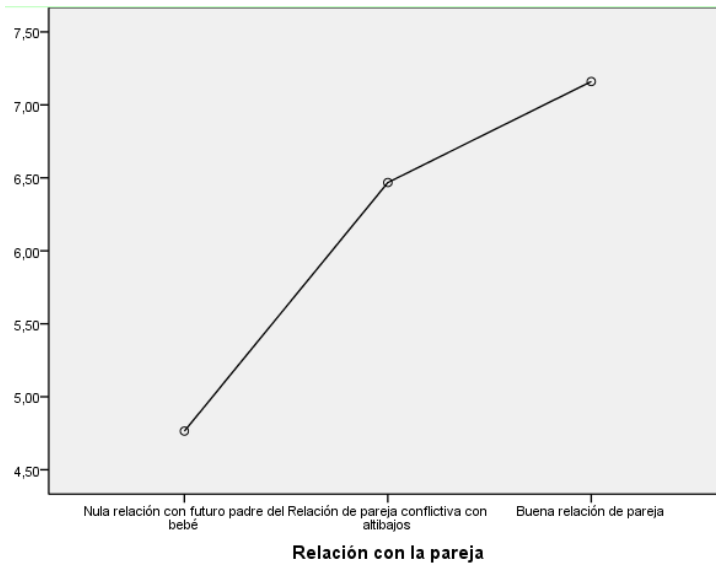
Hipótesis 2: Las gestantes que disfrutaban del apoyo de sus madres manteniendo con éstas una buena relación, reflejarán una mayor adaptación al embarazo que las que mantienen una relación regular, y éstas a su vez mayor que las gestantes que mantienen una relación pésima.

Hipótesis 3: Existe interacción entre el apoyo de la pareja y el apoyo materno en relación a la adaptación al embarazo.

Figura 11.53 nos muestra el efecto principal de la variable “*relación que mantiene con la pareja*”. Los resultados parecen estar en la línea de la hipótesis 1, en la que las gestantes que valoran su relación de pareja como buena tienen una adaptación a la gestación mayor que las que las valoran con altibajos.

Figura 11.52 Medias marginales estimadas de adaptación

Relación con la pareja



El gráfico 11.54 nos muestra el efecto principal de la variable “*relación que mantienen con las madres*”. Los resultados parecen estar en consonancia con la hipótesis 2. El análisis inferencial nos aclarará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

Figura 11.53 Medias marginales estimadas de adaptación

Relación con la madre

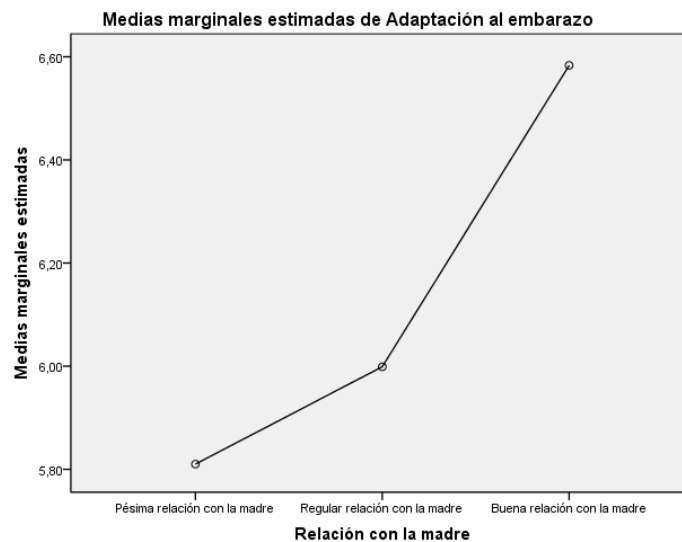
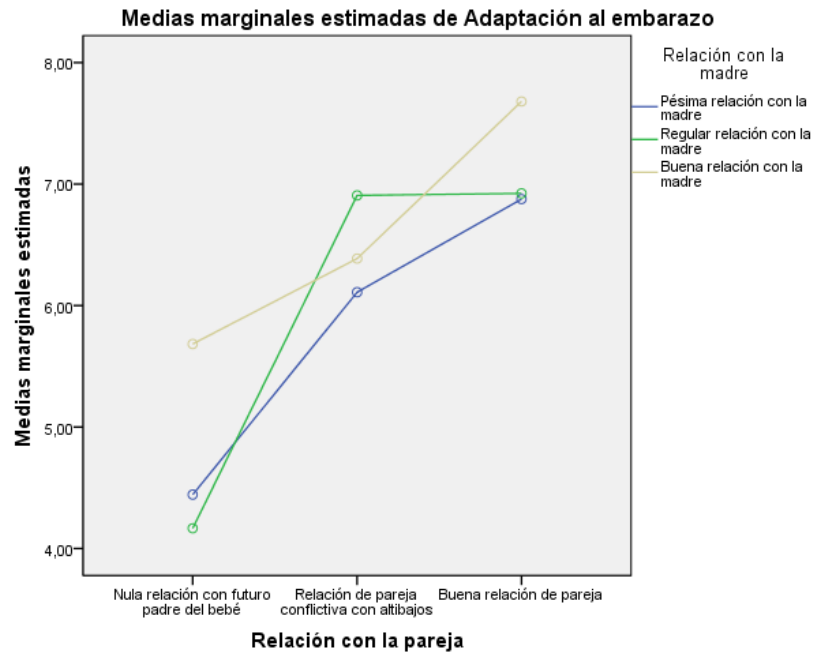


Figura 11.54 Medias marginales estimadas de adaptación

Interacción relación con la pareja y relación con la madre



Este gráfico que acabamos de observar (Figura 11.55), muestra la posible interacción que puede existir entre la relación que la gestante mantiene con la pareja y con la madre respecto a la adaptación al embarazo. El análisis inferencial concluirá si existe o no interacción entre ambas variables sobre la adaptación a la gestación.

Desde un punto de vista inferencial, se van a presentar los diferentes elementos del fichero de resultados que conforman el análisis factorial de la investigación.

Tabla 11.158 Factores inter-sujetos

Relación con la pareja y con la madre

| Factores inter-sujetos | | Etiqueta del valor | N |
|------------------------|------|--|---|
| Relación con la pareja | 1,00 | Nula relación con futuro padre del bebé | 9 |
| | 2,00 | Relación de pareja conflictiva con altibajos | 9 |
| | 3,00 | Buena relación de pareja | 9 |
| Relación con la madre | 1,00 | Pésima relación con la madre | 9 |
| | 2,00 | Regular relación con la madre | 9 |
| | 3,00 | Buena relación con la madre | 9 |

Tabla 11.159 Contraste de Levene

Adaptación del embarazo

Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^a

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| F | gl1 | gl2 | Sig. |
|------|-----|-----|------|
| ,711 | 8 | 18 | ,679 |

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección + apoyopareja + apoyomaterno + apoyopareja * apoyomaterno

La Tabla de contraste de Levene indica que se aceptaría la hipótesis nula, se cumpliría por tanto, el principio de Homocedasticidad, resultando apropiado el análisis de la varianza. Este resultado implica también que el modelo elegido para la prueba post hoc está bien seleccionado.

Además de la Tabla de contraste de Levene también se ajuntarán algunas tablas que complementan el diseño factorial efectuado.

Tabla 11.160 Estadísticos descriptivos

Adaptación del embarazo

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Relación con la pareja | Relación con la madre | Media | Desviación típica | N |
|--|-------------------------------|--------|-------------------|----|
| Nula relación con futuro padre del bebé | Pésima relación con la madre | 4,4433 | ,95731 | 3 |
| | Regular relación con la madre | 4,1667 | ,80649 | 3 |
| | Buena relación con la madre | 5,6833 | ,98333 | 3 |
| | Total | 4,7644 | 1,05960 | 9 |
| Relación de pareja conflictiva altibajos | Pésima relación con la madre | 6,1100 | ,86470 | 3 |
| | Regular relación con la madre | 6,9067 | 1,11554 | 3 |
| | Buena relación con la madre | 6,3867 | ,89310 | 3 |
| | Total | 6,4678 | ,90562 | 9 |
| Buena relación de pareja | Pésima relación con la madre | 6,8767 | ,39954 | 3 |
| | Regular relación con la madre | 6,9233 | ,61027 | 3 |
| | Buena relación con la madre | 7,6800 | ,42000 | 3 |
| | Total | 7,1600 | ,57413 | 9 |
| Total | Pésima relación con la madre | 5,8100 | 1,27152 | 9 |
| | Regular relación con la madre | 5,9989 | 1,56691 | 9 |
| | Buena relación con la madre | 6,5833 | 1,12004 | 9 |
| | Total | 6,1307 | 1,32342 | 27 |

A continuación observaremos el análisis de la Anova. Esta prueba nos indica que:

1. El análisis de la varianza **efecto principal de la variable independiente: “apoyo de la pareja”** ofrece una $F= 20,409$ y una $p = 0,000$. Dado este resultado, rechazaríamos la hipótesis nula, aceptando que existen diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable. El análisis post hoc, nos muestra además, que no existen diferencias significativas entre mantener una buena relación de pareja y una relación de pareja con altibajos. No podemos confirmar totalmente que la hipótesis 1 se cumpla, pero sí en parte, pues la hipótesis 1 quedaría así: *“las gestantes que no disfrutaron de una relación de pareja mantendrán una adaptación al embarazo menor que las que sí la tienen”*.
2. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “apoyo materno”** ofrece una $F= 2,183$ y una $p= 0,142$. Aceptamos la hipótesis nula rechazando que existan diferencias significativas entre las medias de los valores de la variable. La hipótesis 2 quedaría rechazada.
3. El análisis de la **interacción entre las dos variables independientes en relación a la variable dependiente** ofrece una $F=1,190$ y una $p= 0,349$. Aceptamos la hipótesis nula rechazando que existan diferencias significativas entre las medias de los valores de la variable. La hipótesis 3 quedaría rechazada.

Tabla 11.161 Pruebas de efectos inter-sujetos

Adaptación del embarazo

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Origen | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-------------------------------|----------------------------|----|------------------|----------|------|
| Modelo corregido | 33,474 ^a | 8 | 4,184 | 6,243 | ,001 |
| Intersección | 1014,822 | 1 | 1014,822 | 1514,148 | ,000 |
| apoyopareja | 27,358 | 2 | 13,679 | 20,409 | ,000 |
| apoyomaterno | 2,926 | 2 | 1,463 | 2,183 | ,142 |
| apoyopareja * apoyomaterno | 3,190 | 4 | ,798 | 1,190 | ,349 |
| Error | 12,064 | 18 | ,670 | | |
| Total | 1060,359 | 27 | | | |
| Total corregida | 45,538 | 26 | | | |

a. R cuadrado = ,735 (R cuadrado corregida = ,617)

Tabla 11.162 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

| (I)Relación con la pareja | (J)Relación con la pareja | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|--|--|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Nula relación con futuro padre del bebé | Relación de pareja conflictiva con altibajos | -1,7033* | ,38593 | ,001 | -2,7323 | -,6743 |
| | Buena relación de pareja | -2,3956* | ,38593 | ,000 | -3,4245 | -1,3666 |
| Relación de pareja conflictiva con altibajos | Nula relación con futuro padre del bebé | 1,7033* | ,38593 | ,001 | ,6743 | 2,7323 |
| | Buena relación de pareja | -,6922 | ,38593 | ,228 | -1,7212 | ,3368 |
| Buena relación de pareja | Nula relación con futuro padre del bebé | 2,3956* | ,38593 | ,000 | 1,3666 | 3,4245 |
| | Relación de pareja conflictiva con altibajos | ,6922 | ,38593 | ,228 | -,3368 | 1,7212 |

Tabla 11. 163 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

| (I)Relación con la madre | (J)Relación con la madre | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Pésima relación con la madre | Regular relación con la madre | -,1889 | ,38593 | ,888 | -1,2179 | ,8401 |
| | Buena relación con la madre | -,7733 | ,38593 | ,163 | -1,8023 | ,2557 |
| Regular relación con la madre | Pésima relación con la madre | ,1889 | ,38593 | ,888 | -,8401 | 1,2179 |
| | Buena relación con la madre | -,5844 | ,38593 | ,340 | -1,6134 | ,4445 |
| Buena relación con la madre | Pésima relación con la madre | ,7733 | ,38593 | ,163 | -,2557 | 1,8023 |
| | Regular relación con la madre | ,5844 | ,38593 | ,340 | -,4445 | 1,6134 |

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,670.

Tabla 11.164 Subconjuntos homogéneos

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe^{a,b}

| Relación con la pareja | N | Subconjunto | |
|--|---|-------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| Nula relación con futuro padre del bebé | 9 | 4,7644 | |
| Relación de pareja conflictiva con altibajos | 9 | | 6,4678 |
| Buena relación de pareja | 9 | | 7,1600 |
| Sig. | | 1,000 | ,228 |

Se muestran las medias de los grupos de subconjuntos homogéneos.

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = ,670.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 9,000

b. Alfa = ,05.

Tabla 11.165 Variables predictoras y dependientes

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe^{a,b}

| Relación con la madre | N | Subconjunto |
|-------------------------------|---|-------------|
| | | 1 |
| Pésima relación con la madre | 9 | 5,8100 |
| Regular relación con la madre | 9 | 5,9989 |
| Buena relación con la madre | 9 | 6,5833 |
| Sig. | | ,163 |

Se muestran las medias de los grupos de subconjuntos homogéneos.

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,670.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 9,000

b. Alfa = ,05.

El coeficiente de determinación nos indica la proporción de varianza explicada por el modelo. En este caso, nos informa de que las dos variables independientes explican el 73,5 por 100 de la variabilidad obtenida en la variable adaptación al embarazo.

El no mantener una relación de pareja con el futuro padre de sus hijos se relacionará significativamente con una adaptación al embarazo menor en comparación con las gestantes que mantienen una relación de pareja con altibajos y con las que mantienen una buena relación. Es aquí sobresaliente la información que se extrae, ya que no existen diferencias significativas en cuanto a adaptación se refiere, entre las que mantienen una relación con altibajos y las que mantienen buena relación.

Puede ser que las gestantes que sufren altibajos con sus parejas se hayan habituado a tener discusiones y consigan adaptarse al embarazo casi tanto como las que afirman mantener una buena relación, sin que predominen diferencias significativas entre ambas.

11.7.2. Diseño factorial de variables: valoración del matrimonio de sus padres y el afecto recibido por ellos cuando eran niñas sobre la adaptación al embarazo.

A continuación vamos a analizar el efecto que tienen sobre la adaptación a la gestación, la valoración actual que pueden realizar de cómo era el matrimonio de sus padres en su infancia y el afecto recibido por ellos cuando eran niñas. Seleccionamos nuevamente gestantes al azar siempre que cumplieran las condiciones experimentales establecidas.

Las variables independientes fueron: “*valoración del matrimonio de sus padres*” (pésimo, en unas cosas bueno y en otras malo, y bueno) y “*afecto recibido por ellos*” (nada querida ni deseada, querida y deseada a veces, muy querida y deseada).

- V. independiente 1: valoración del matrimonio de los padres. Valores:

1. Pésimo
2. En unas cosas bueno y en otras malo
3. Bueno

- V. independiente 2: afecto recibido por parte de sus padres. Valores:

1. Nada querida ni deseada
2. Querida y deseada a veces
3. Muy querida y deseada

Nuestras hipótesis de trabajo en este diseño factorial cuentan con nueve condiciones experimentales. A continuación vamos a plantear tres hipótesis:

Hipótesis 1: Las gestantes que valoran muy positivamente el matrimonio de sus padres tendrán un nivel de adaptación al embarazo mayor que las que lo valoran en unos ámbitos positivo y en otras negativo, y éstas a su vez mayor que las que lo valoran muy negativamente.

Hipótesis 2: Las gestantes que han experimentado sentirse queridas y deseadas por sus padres en la infancia manifestarán un nivel de adaptación al embarazo mayor, que las que sólo se han sentido queridas y deseadas algunas veces, y éstas a su vez presentarán mayor nivel de adaptación al embarazo que aquellas que no se han sentido nada queridas ni deseadas en su infancia.

Hipótesis 3: Existe una interacción entre la valoración que realizan del matrimonio de sus padres y el afecto que recibieron de éstos en relación a la adaptación al embarazo.

El gráfico 11.55 nos muestra el efecto principal de la variable “*valoración del matrimonio de sus padres.*” Observamos diferencias entre los distintos valores, pero son diferencias que podemos observar desde un punto de vista descriptivo. Los resultados están en la línea de la hipótesis 1. El análisis inferencial nos aclarará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente, por ello, a continuación complementaremos esta información con tablas y figuras.

Figura 11.55 Medias marginales estimadas de adaptación

Valoración gestante sobre el matrimonio de los padres



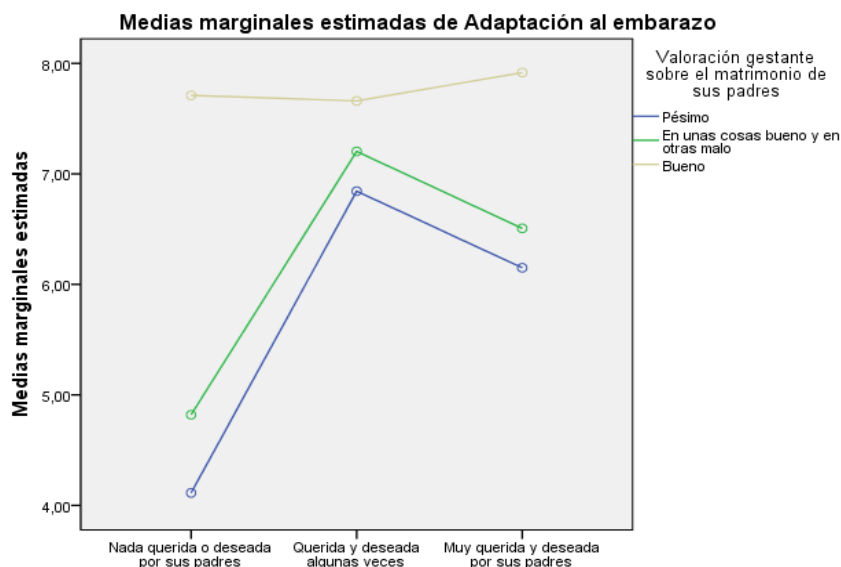
Figura 11.56 nos muestra el efecto principal de la variable “*afecto recibido por los padres en la infancia*”, en ella observamos diferencias entre los distintos valores, pero son diferencias que podemos observar desde un punto de vista descriptivo, no inferencial. Los resultados no están en la línea de la hipótesis 2, ya que las gestantes que se sienten queridas y deseadas a veces, tienen una adaptación mayor al embarazo que las que se sienten muy queridas y deseadas por sus padres.

Figura 11.56 Medias marginales estimadas de adaptación
Afecto recibido por sus padres en la infancia



El gráfico que se observa a continuación, muestra la posible interacción que puede existir entre la valoración del matrimonio de los padres y el trato que recibieron en la infancia en relación a la adaptación al embarazo. El análisis inferencial concluirá si existe o no interacción entre ambas.

Figura 11.57 Medias marginales en adaptación
Interacción entre la valoración gestante sobre el matrimonio y el afecto de éstos.



Desde un punto de vista inferencial, analizaremos los diferentes elementos del fichero de resultados. La primera tabla nos ofrece información sobre los sujetos que hay por condición experimental.

Tabla 11.166 Factores intersujetos

Adaptación del embarazo

| Factores inter-sujetos | | Etiqueta del valor | N |
|--|------|---------------------------------------|---|
| Valoración gestante sobre el matrimonio de sus padres | 1,00 | Pésimo | 9 |
| | 2,00 | En unas cosas bueno y en otras malo | 9 |
| | 3,00 | Bueno | 9 |
| Afecto que recibe la gestante de sus padres en la infancia | 1,00 | Nada querida o deseada por sus padres | 9 |
| | 2,00 | Querida y deseada algunas veces | 9 |
| | 3,00 | Muy querida y deseada por sus padres | 9 |

Tabla 11.167 Estadísticos descriptivos

Adaptación al embarazo

| Valoración gestante sobre el matrimonio de sus padres | Afecto que recibe la gestante de sus padres en la infancia | Media | Desviación típica | N |
|---|--|--------|-------------------|----|
| Pésimo | Nada querida o deseada por sus padres | 4,1133 | ,65310 | 3 |
| | Querida y deseada algunas veces | 6,8433 | ,42712 | 3 |
| | Muy querida y deseada por sus padres | 6,1500 | 1,13053 | 3 |
| | Total | 5,7022 | 1,40782 | 9 |
| En unas cosas bueno y en otras malo | Nada querida o deseada por sus padres | 4,8200 | 1,20801 | 3 |
| | Querida y deseada algunas veces | 7,2033 | ,60451 | 3 |
| | Muy querida y deseada por sus padres | 6,5067 | ,83512 | 3 |
| | Total | 6,1767 | 1,32546 | 9 |
| Bueno | Nada querida o deseada por sus padres | 7,7100 | 2,76697 | 3 |
| | Querida y deseada algunas veces | 7,6600 | ,24980 | 3 |
| | Muy querida y deseada por sus padres | 7,9167 | 1,58863 | 3 |
| | Total | 7,7622 | 1,60451 | 9 |
| Total | Nada querida o deseada por sus padres | 5,5478 | 2,26029 | 9 |
| | Querida y deseada algunas veces | 7,2356 | ,52745 | 9 |
| | Muy querida y deseada por sus padres | 6,8578 | 1,33393 | 9 |
| | Total | 6,5470 | 1,65778 | 27 |

Tabla 11.168 Contraste de Levene

Adaptación del embarazo

Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^a

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| F | gl1 | gl2 | Sig. |
|-------|-----|-----|------|
| 4,139 | 8 | 18 | ,006 |

1. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “valoración del matrimonio de los padres”** ofrece una $F= 6,434$ y una $p= 0,008$. Rechazaríamos entonces la hipótesis nula y aceptaríamos que sí existen diferencias significativas.
No podemos aceptar la hipótesis de trabajo 1, pero sí podemos reformularla afirmando que existen diferencias significativas en la adaptación de las gestantes al embarazo entre las que valoran el matrimonio de sus padres como bueno cuando eran niñas y las que lo valoran como pésimo.
2. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “afecto que recibieron de los padres en la infancia”** ofrece una $F= 4,337$ y una $p=0,029$. De nuevo rechazaríamos la hipótesis nula y aceptaríamos la presencia de diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable.
El análisis post hoc nos informa que además, existen diferencias significativas entre las que consideran que no fueron nada queridas ni deseadas por sus padres en la infancia, y las que alegan sentirse queridas y deseadas algunas veces cuando eran pequeñas.
No podríamos aceptar totalmente la hipótesis 2, pero sí reformularla y afirmar que existen diferencias significativas en la adaptación de las gestantes entre las que no se sentían queridas y las que se sentían queridas y deseadas sólo a veces.
3. El análisis de la **interacción entre las dos variables independientes en relación a la variable dependiente** ofrece una $F= 1,087$ y una $p= 0,392$. Aceptamos la hipótesis nula.

Si observamos el valor de R cuadrado, el coeficiente de determinación, podremos identificar la proporción de varianza explicada por el modelo, en nuestro caso,

explicaría el 59,90 por 100 de la variabilidad obtenida en la variable dependiente “adaptación al embarazo”.

Además de mostrar el valor de R Cuadrado, a continuación también se adjuntarán algunas tablas que complementan el diseño factorial efectuado.

Como podemos comprobar en nuestra muestra, las gestantes que valoran el matrimonio de sus padres como pésimo reflejan una menor adaptación al embarazo que las que lo valoran como satisfactorio.

Tabla 11.169 Pruebas de los efectos intersujetos

Adaptación del embarazo

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Origen | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------------------------------------|----------------------------|----|------------------|---------|------|
| Modelo corregido | 42,151 ^a | 8 | 5,269 | 3,237 | ,018 |
| Intersección | 1157,320 | 1 | 1157,320 | 710,910 | ,000 |
| matrimoniopadres | 20,948 | 2 | 10,474 | 6,434 | ,008 |
| afectoinfancia | 14,122 | 2 | 7,061 | 4,337 | ,029 |
| matrimoniopadres * afectoinfancia | 7,081 | 4 | 1,770 | 1,087 | ,392 |
| Error | 29,303 | 18 | 1,628 | | |
| Total | 1228,774 | 27 | | | |
| Total corregida | 71,454 | 26 | | | |

a. R cuadrado = ,590 (R cuadrado corregida = ,408)

Tabla 11.170 Comparaciones múltiples de Scheffé

Adaptación del embarazo

| (I) Valoración gestante sobre el matrimonio de sus padres | (J) Valoración gestante sobre el matrimonio de sus padres | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|---|---|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Pésimo | En unas cosas bueno y en otras malo | -,4744 | ,60147 | ,736 | -2,0781 | 1,1292 |
| | Bueno | -2,0600* | ,60147 | ,011 | -3,6637 | -,4563 |
| En unas cosas bueno y en otras malo | Pésimo | ,4744 | ,60147 | ,736 | -1,1292 | 2,0781 |
| | Bueno | -1,5856 | ,60147 | ,053 | -3,1892 | ,0181 |
| Bueno | Pésimo | 2,0600* | ,60147 | ,011 | ,4563 | 3,6637 |
| | En unas cosas bueno y en otras malo | 1,5856 | ,60147 | ,053 | -,0181 | 3,1892 |

Tabla 11.171 Subconjuntos en Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffé^{a,b}

| Valoración gestante sobre el matrimonio de sus padres | N | Subconjunto | |
|---|---|-------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| Pésimo | 9 | 5,7022 | |
| En unas cosas bueno y en otras malo | 9 | 6,1767 | 6,1767 |
| Bueno | 9 | | 7,7622 |
| Sig. | | ,736 | ,053 |

Tabla 11.172 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo Scheffé

| (I) Afecto que recibe la gestante de sus padres en la infancia | (J) Afecto que recibe la gestante de sus padres en la infancia | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|--|--|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Nada querida o deseada por sus padres | Querida y deseada algunas veces | -1,6878* | ,60147 | ,038 | -3,2915 | -,0841 |
| | Muy querida y deseada por sus padres | -1,3100 | ,60147 | ,122 | -2,9137 | ,2937 |
| Querida y deseada algunas veces | Nada querida o deseada por sus padres | 1,6878* | ,60147 | ,038 | ,0841 | 3,2915 |
| | Muy querida y deseada por sus padres | ,3778 | ,60147 | ,823 | -1,2259 | 1,9815 |
| Muy querida y deseada por sus padres | Nada querida o deseada por sus padres | 1,3100 | ,60147 | ,122 | -,2937 | 2,9137 |
| | Querida y deseada algunas veces | -,3778 | ,60147 | ,823 | -1,9815 | 1,2259 |

Asimismo, existen diferencias significativas entre las gestantes que expresan que no se han sentido nada queridas ni deseadas por sus progenitores y las que se han sentido sólo a veces queridas y deseadas, siendo la adaptación al embarazo mayor para las primeras.

Tabla 11.173 Subconjuntos en Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffé^{a,b}

| Afecto que recibe la gestante de sus padres en la infancia | N | Subconjunto | |
|--|---|-------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| Nada querida o deseada por sus padres | 9 | 5,5478 | |
| Muy querida y deseada por sus padres | 9 | 6,8578 | 6,8578 |
| Querida y deseada algunas veces | 9 | | 7,2356 |
| Sig. | | ,122 | ,823 |

11.7.3. Diseño factorial de variables: el pesimismo y la decepción sobre la adaptación a la gestación.

En este diseño factorial se analizará el efecto que pueden tener sobre la adaptación a la gestación, la valoración actual que las gestantes pueden realizar sobre si la vida merece la pena y el sentimiento de decepción que pueden presentar ante personas que confiaban en ellas. Las variables independientes son: “*creo que la vida no merece la pena*” (cierto, a medias y falso) y “*siento que he decepcionado a personas que confiaban en mí*” (cierto, a medias y falso).

Veamos ahora el procedimiento de análisis de los datos a través de este ejemplo:

- V. independiente 1: “creo que la vida no merece la pena”. Valores:

1. Cierto
2. A medias
3. Falso

- V. independiente 2: “siento que he decepcionado a personas que confiaban en mí”.

Valores:

1. Cierto
2. A medias
3. Falso

A continuación vamos a plantear tres hipótesis en torno a estas variables seleccionadas:

Hipótesis 1: Las gestantes que creen que la vida merece la pena tendrán un nivel de adaptación mayor que las que lo consideran a medias, y éstas a su vez mayor, que las que niegan dicha afirmación.

Hipótesis 2: Las gestantes que sienten que no han decepcionado a personas que confiaban en ellas, manifestarán un nivel de adaptación mayor que las que sólo lo han experimentado a medias, y éstas a su vez presentarán mayor nivel de adaptación al embarazo, que aquellas que sienten que se identifican completamente con dicha decepción.

Hipótesis 3: Existe una interacción entre la creencia de la gestante en torno a que su vida no merece la pena y el sentimiento de que ha decepcionado a las personas que confiaban en ella en relación a la adaptación al embarazo.

Tabla 11.174 Factores intersujetos

Adaptación del embarazo

| Factores inter-sujetos | | | |
|---|------|--------------------|---|
| | | Etiqueta del valor | N |
| Creo que la vida no merece la pena | 1,00 | Falso | 9 |
| | 2,00 | A medias | 9 |
| | 3,00 | Cierto | 9 |
| Siento que he decepcionado a personas que confiaban en mí | 1,00 | Falso | 9 |
| | 2,00 | A medias | 9 |
| | 3,00 | Cierto | 9 |

A continuación vamos a observar desde un punto de vista descriptivo, los gráficos de medias de cada una de las variables propuestas, así como la interacción entre ellas.

Este gráfico (ver Figura 11.59) nos muestra el efecto principal de la variable “*creo que la vida no merece la pena*”. Observamos diferencias entre los distintos valores, pero son diferencias que podemos identificar desde un punto de vista descriptivo. El análisis inferencial nos aclarará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente. Es llamativo el hecho de que las gestantes que creen que la vida

no merece la pena tienen una mejor adaptación al embarazo que las que lo creen únicamente a medias.

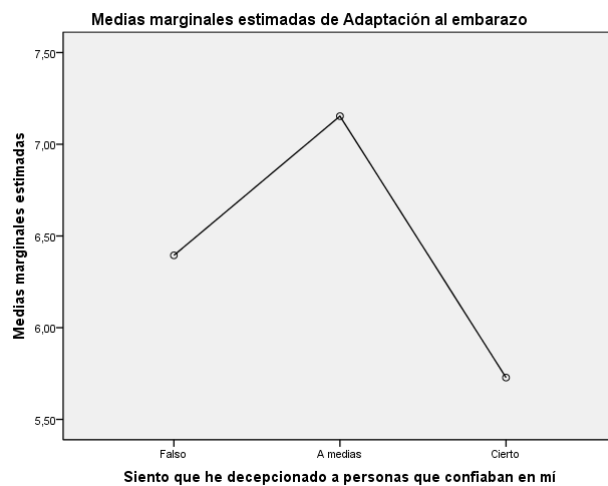
Figura 11.58 Medias marginales estimadas en adaptación

Creencia de que la vida no merece la pena



Figura 11.59 Medias marginales en adaptación

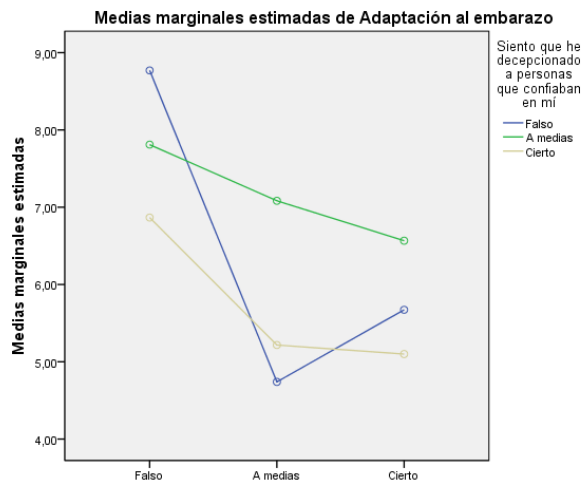
Sentimiento de decepción a personas que confiaban en ellas



Este gráfico (Figura 11.59) nos muestra el efecto principal de la variable “*siento que he decepcionado a las personas que confiaban en mí*”. Observamos diferencias entre los distintos valores pero son diferencias que podemos observar desde un punto de vista descriptivo, no inferencial. Los resultados no están en la línea de la hipótesis 2, ya que las gestantes que no sienten que han decepcionado a personas que confiaban en ellas manifiestan menor adaptación al embarazo que las que solo “*a medias*” sienten que les han decepcionado.

Figura 11.60 Medias marginales en adaptación

Interacción entre la creencia y sentimiento de decepción.



Este gráfico muestra la posible interacción entre las dos variables independientes en relación a la adaptación del embarazo. El análisis inferencial concluirá si existe o no interacción entre ambas. Analizaremos a continuación desde un punto de vista inferencial los diferentes elementos del fichero de resultados que conforman el análisis factorial.

Tabla 11.175 Estadísticos descriptivos

Adaptación del embarazo

| Creo que la vida no merece la pena | Siento que he decepcionado a personas que confiaban en mí | Media | Desviación típica | N |
|------------------------------------|---|--------|-------------------|----|
| Falso | Falso | 8,7700 | ,35157 | 3 |
| | A medias | 7,8100 | 1,75009 | 3 |
| | Cierto | 6,8667 | 1,22509 | 3 |
| | Total | 7,8156 | 1,36054 | 9 |
| A medias | Falso | 4,7400 | 1,46010 | 3 |
| | A medias | 7,0833 | ,84180 | 3 |
| | Cierto | 5,2167 | 1,60004 | 3 |
| | Total | 5,6800 | 1,58130 | 9 |
| Cierto | Falso | 5,6733 | 1,90148 | 3 |
| | A medias | 6,5667 | 1,88810 | 3 |
| | Cierto | 5,1000 | 1,37503 | 3 |
| | Total | 5,7800 | 1,63632 | 9 |
| Total | Falso | 6,3944 | 2,19213 | 9 |
| | A medias | 7,1533 | 1,45832 | 9 |
| | Cierto | 5,7278 | 1,48999 | 9 |
| | Total | 6,4252 | 1,77997 | 27 |

Si analizamos los resultados que aporta Tabla 11.176 sobre el contraste de Levene, sí aceptaríamos la hipótesis nula, lo que implicaría que el modelo elegido para la prueba post hoc está bien seleccionado.

Tabla 11.176 Contraste de Levene

Adaptación del embarazo

**Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas
error^a**

| F | gl1 | gl2 | Sig. |
|-------|-----|-----|------|
| 1,291 | 8 | 18 | ,308 |

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección + VARIABLE1 + VARIABLE2 + VARIABLE1 * VARIABLE2

1. **El análisis de la varianza del efecto principal de la variable independiente:** *“creo que la vida no merece la pena”* ofrece una $F= 6,140$ y una $p= 0,009$. Rechazaríamos la hipótesis nula y aceptaríamos entonces que existen diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable. No podemos aceptar la hipótesis de trabajo 1, pero sí podemos reformularla afirmando que existen diferencias significativas entre las que consideran que la vida merece la pena y las que sólo lo consideran a medias y entre las que creen que la vida merece la pena y las que niegan totalmente dicha afirmación.
2. **El análisis de la varianza del efecto principal de la variable independiente:** *“siento que he decepcionado a personas que confiaban en mí”* ofrece una $F=2,151$ y una $p=0,145$. Aceptaríamos la hipótesis nula, por lo que no existirían diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable.
3. **El análisis de la interacción entre las dos variables independientes en relación con la variable dependiente** ofrece una $F=1,028$ y una $p= 0,419$. Aceptaríamos la hipótesis nula por lo que no existirían diferencias significativas.

Por otro lado, el valor de R cuadrado, coeficiente de determinación, nos indica la proporción de varianza explicada por el modelo, en nuestro caso, explicaría el 53,5 por 100 de la variabilidad obtenida en la variable dependiente *“adaptación al embarazo”*.

Tabla 11.177 Pruebas de efectos intersujetos

Adaptación del embarazo

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Origen | Suma de cuadrados tipo III | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------------------|----------------------------|----|------------------|---------|------|
| Modelo corregido | 44,057 ^a | 8 | 5,507 | 2,587 | ,045 |
| Intersección | 1114,641 | 1 | 1114,641 | 523,602 | ,000 |
| VARIABLE1 | 26,142 | 2 | 13,071 | 6,140 | ,009 |
| VARIABLE2 | 9,158 | 2 | 4,579 | 2,151 | ,145 |
| VARIABLE1 * VARIABLE2 | 8,757 | 4 | 2,189 | 1,028 | ,419 |
| Error | 38,318 | 18 | 2,129 | | |
| Total | 1197,017 | 27 | | | |
| Total corregida | 82,375 | 26 | | | |

a. R cuadrado = ,535 (R cuadrado corregida = ,328)

Como hemos podido comprobar, existen diferencias significativas entre las gestantes que afirman que la vida merece la pena y las que sólo lo creen a medias, o entre las primeras y las que definitivamente no lo creen. En el último caso será mayor la adaptación de aquellas que ofrecen sentido positivo a la vida. Por otra parte, podemos deducir que el sentimiento de decepción no va a determinar la mayor o menor adaptación al embarazo.

Tabla 11.178 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

| (I)Creo que la vida no merece la pena | (J)Creo que la vida no merece la pena | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Falso | A medias | 2,1356* | ,68780 | ,021 | ,3017 | 3,9694 |
| | Cierto | 2,0356* | ,68780 | ,028 | ,2017 | 3,8694 |
| A medias | Falso | -2,1356* | ,68780 | ,021 | -3,9694 | -,3017 |
| | Cierto | -,1000 | ,68780 | ,989 | -1,9339 | 1,7339 |
| Cierto | Falso | -2,0356* | ,68780 | ,028 | -3,8694 | -,2017 |
| | A medias | ,1000 | ,68780 | ,989 | -1,7339 | 1,9339 |

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 2,129.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Tabla 11.179 Subconjuntos en Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe^{a,b}

| Creo que la vida no merece la pena | N | Subconjunto | |
|------------------------------------|---|-------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| A medias | 9 | 5,6800 | |
| — Cierto | 9 | 5,7800 | |
| Falso | 9 | | 7,8156 |
| Sig. | | ,989 | 1,000 |

Tabla 11.180. Subconjuntos en Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe^{a,b}

| Siento que he decepcionado a personas que confiaban en mí | N | Subconjunto |
|---|---|-------------|
| | | 1 |
| Cierto | 9 | 5,7278 |
| Falso | 9 | 6,3944 |
| — A medias | 9 | 7,1533 |
| Sig. | | ,146 |

11.7.4. Diseño factorial de variables: la calidad de relación con el padre y la edad de la gestante en la adaptación al embarazo

A continuación se muestra el análisis del efecto que la calidad de la relación que las gestantes mantienen con el padre, así como su edad, tienen sobre la adaptación a la gestación. Para ello, se seleccionaron gestantes al azar quedando repartidas entre las diferentes condiciones experimentales, donde las variables independientes fueron: “*calidad de relación con el padre*” (buena, regular o mala y nula) y “*edad de la gestante*” (entre 14 y 16 años, entre 17 y 18 años, y entre 19 y 20 años).

Veamos ahora el procedimiento de análisis de los datos a través de este ejemplo:

- V. independiente 1: “calidad de relación con el padre”. Valores:

1. Nula
2. Regular o mala

3. Buena

- V. independiente 2: “edad de la gestante”. Valores:

1. Entre 14 y 16 años
2. Entre 17 y 18 años
3. Entre 19 y 20 años

Nuestras hipótesis de trabajo en este diseño factorial contaron con nueve condiciones experimentales. A continuación vamos a plantear tres hipótesis:

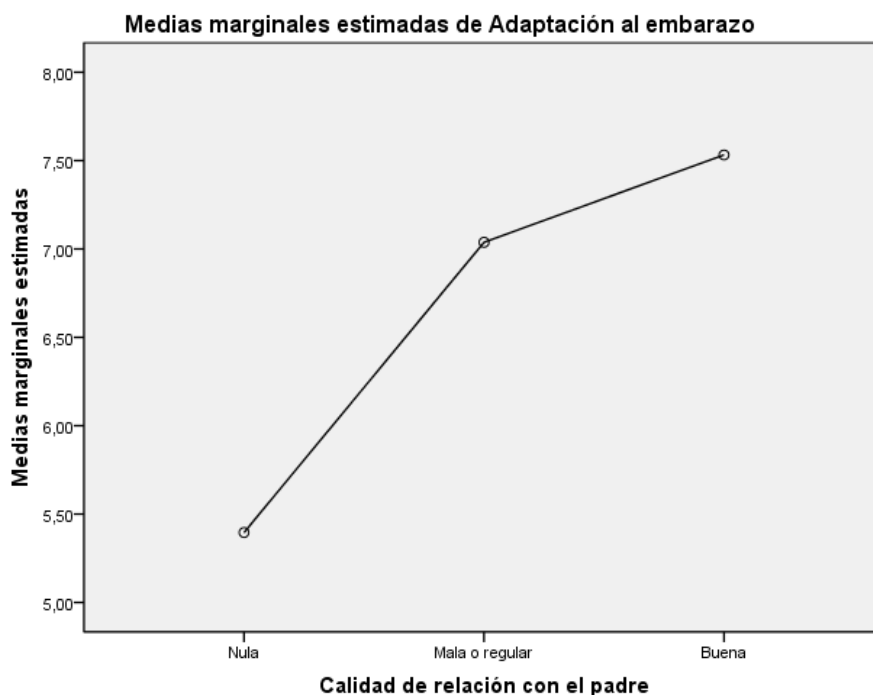
Hipótesis 1: Las gestantes que disfrutaron de una “buena relación” con su figura paterna manifestarán un nivel de adaptación al embarazo mayor que las que mantienen una “relación mala” o “regular” y éstas a su vez mayor que las que niegan mantener relación alguna con sus padres.

Hipótesis 2: Las gestantes entre 19 y 20 años manifestarán un nivel de adaptación al embarazo mayor que las que tienen entre 17 y 18 años, y estas a su vez presentarán mayor nivel de adaptación que las menores de 17 años.

Hipótesis 3: Existe una interacción entre la calidad de relación con el padre y la edad de la gestante en relación a la adaptación al embarazo.

Figura 11.61 Medias marginales en adaptación

Calidad de relación con el padre



Como podemos comprobar, este gráfico ha reflejado el efecto principal de la variable “*calidad de relación con el padre*”. Identificamos diferencias entre los distintos valores, pero son diferencias que podemos detectar desde un punto de vista descriptivo. Los resultados están en la línea de la hipótesis 1, el análisis inferencial confirmará si existen o no finalmente diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

A continuación, se muestra el efecto principal de la variable “*edad de la gestante*” a través de otro gráfico. Deducimos que existen diferencias entre los distintos valores, pero son diferencias que podemos observar desde un punto de vista descriptivo. Los resultados no están en la línea de la hipótesis 2, ya que las gestantes de entre 14 y 16 años manifiestan mayor adaptación al embarazo que las que tienen entre 17 y 19 años. El análisis inferencial nos aclarará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

Figura 11.62 Medias marginales en adaptación

Edad de la gestante



El gráfico que aparece a continuación (ver Figura 11.63) representa la posible interacción entre las dos variables independientes sobre la variable dependiente.

Con el análisis inferencial se determinará si las diferencias generadas son significativas o no.

Figura 11.63 Medias marginales en adaptación

Interacción calidad de relación con el padre y edad de la adolescente.

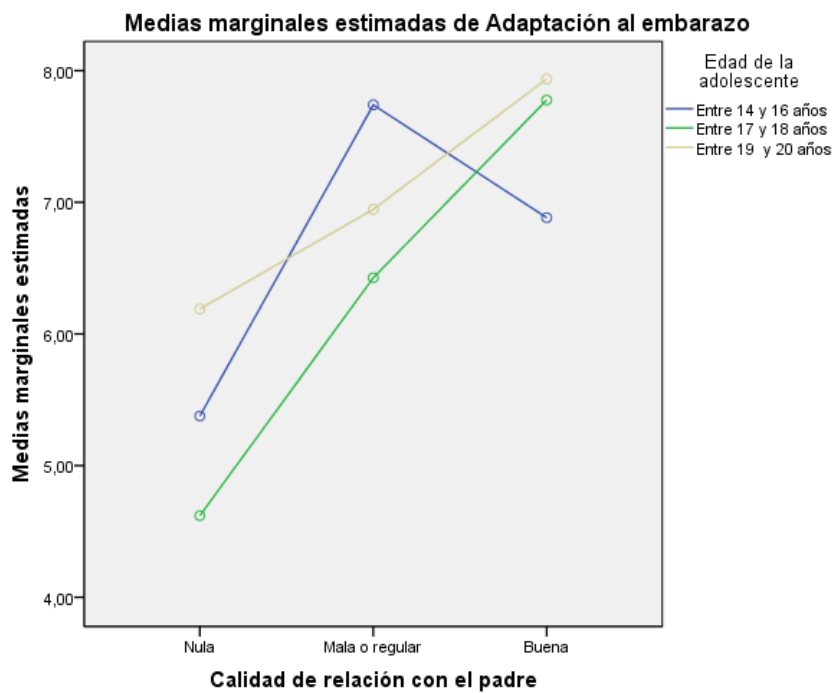


Tabla 11.181 Factores intersujetos

Adaptación del embarazo

| Factores inter-sujetos | | | |
|----------------------------------|------|--------------------|---|
| | | Etiqueta del valor | N |
| Calidad de relación con el padre | 1,00 | Nula | 9 |
| | 2,00 | Mala o regular | 9 |
| | 3,00 | Buena | 9 |
| Edad de la adolescente | 1,00 | Entre 14 y 16 años | 9 |
| | 2,00 | Entre 17 y 18 años | 9 |
| | 3,00 | Entre 19 y 20 años | 9 |

Tabla 11.182 Estadísticos descriptivos

Adaptación del embarazo

Estadísticos descriptivos

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Calidad de relación con el padre | Edad de la adolescente | Media | Desviación típica | N |
|----------------------------------|------------------------|--------|-------------------|----|
| Nula | Entre 14 y 16 años | 5,3767 | ,86512 | 3 |
| | Entre 17 y 18 años | 4,6200 | 1,47238 | 3 |
| | Entre 19 y 20 años | 6,1900 | 1,03116 | 3 |
| | Total | 5,3956 | 1,20718 | 9 |
| Mala o regular | Entre 14 y 16 años | 7,7400 | ,95567 | 3 |
| | Entre 17 y 18 años | 6,4267 | 1,23699 | 3 |
| | Entre 19 y 20 años | 6,9467 | ,42829 | 3 |
| | Total | 7,0378 | ,99237 | 9 |
| Buena | Entre 14 y 16 años | 6,8833 | 1,25033 | 3 |
| | Entre 17 y 18 años | 7,7767 | 1,21858 | 3 |
| | Entre 19 y 20 años | 7,9367 | 1,06978 | 3 |
| | Total | 7,5322 | 1,13570 | 9 |
| Total | Entre 14 y 16 años | 6,6667 | 1,37110 | 9 |
| | Entre 17 y 18 años | 6,2744 | 1,78245 | 9 |
| | Entre 19 y 20 años | 7,0244 | 1,08316 | 9 |
| | Total | 6,6552 | 1,41931 | 27 |

Observamos en las pruebas inter-sujetos que:

1. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente:** *“calidad de relación que mantienen con el padre”* ofrece una $F=9,384$ y una $p=0,002$. Se rechazaría la hipótesis nula y se aceptaría la existencia de diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable. El análisis post hoc también refleja que existen diferencias significativas entre las gestantes que mantienen una mala o regular relación con el padre y las que no mantienen ningún tipo de relación. No podemos aceptar la hipótesis de trabajo 1, pero sí podemos reformularla.
2. El análisis de la varianza del **efecto principal en la variable independiente:** *“edad”* ofrece una $F=1,056$ y una $p=0,369$. Aceptaríamos la hipótesis nula y

rechazaríamos la existencia de diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable.

3. El análisis de la **interacción entre las dos variables independientes en relación a la variable dependiente** ofrece una $F=1,193$ y una $p=0,348$. Aceptaríamos la hipótesis nula y rechazaríamos la existencia de diferencias significativas.

Por otra parte, el valor de R cuadrado, es decir, el coeficiente de determinación, nos indicaría la proporción de varianza explicada por el modelo, en nuestro caso explica el 58,8 por 100 de la variabilidad obtenida en la variable dependiente “*adaptación al embarazo*”.

Por otra parte, la Tabla de Levene y sus resultados nos indican que aceptaríamos la hipótesis nula y que se cumpliría el principio de homocedasticidad. Resulta apropiado el análisis de la varianza atendiendo a los resultados.

Tabla 11.183 Contraste de Levene

Adaptación del embarazo

| F | gl1 | gl2 | Sig. |
|------|-----|-----|------|
| ,593 | 8 | 18 | ,772 |

Tabla 11.184 Pruebas de efectos intersujetos

Adaptación del embarazo

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Origen | Suma de cuadrados tipo III | Gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|-----------------------|-------------------------------|----|------------------|---------|------|
| Modelo corregido | 30,777 ^a | 8 | 3,847 | 3,206 | ,019 |
| Intersección | 1195,870 | 1 | 1195,870 | 996,632 | ,000 |
| VARIABLE1 | 22,520 | 2 | 11,260 | 9,384 | ,002 |
| VARIABLE2 | 2,533 | 2 | 1,267 | 1,056 | ,369 |
| VARIABLE1 * VARIABLE2 | 5,724 | 4 | 1,431 | 1,193 | ,348 |
| Error | 21,598 | 18 | 1,200 | | |
| Total | 1248,245 | 27 | | | |
| Total corregida | 52,375 | 26 | | | |

a. R cuadrado = ,588 (R cuadrado corregida = ,404)

Tabla 11.185 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

Comparaciones múltiples

Adaptación al embarazo

Scheffe

| (I)Calidad de relación con el padre | (J)Calidad de relación con el padre | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Nula | Mala o regular | -1,6422* | ,51638 | ,018 | -3,0190 | -,2654 |
| | Buena | -2,1367* | ,51638 | ,002 | -3,5135 | -,7599 |
| Mala o regular | Nula | 1,6422* | ,51638 | ,018 | ,2654 | 3,0190 |
| | Buena | -,4944 | ,51638 | ,639 | -1,8713 | ,8824 |
| Buena | Nula | 2,1367* | ,51638 | ,002 | ,7599 | 3,5135 |
| | Mala o regular | ,4944 | ,51638 | ,639 | -,8824 | 1,8713 |

Basadas en las medias observadas.
El término de error es la media cuadrática(Error) = 1,200.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Tabla 11.186 Subconjuntos de Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe^{a,b}

| Calidad de relación con el padre | N | Subconjunto | |
|----------------------------------|---|-------------|--------|
| | | 1 | 2 |
| Nula | 9 | 5,3956 | |
| Mala o regular | 9 | | 7,0378 |
| Buena | 9 | | 7,5322 |
| Sig. | | 1,000 | ,639 |

Se muestran las medias de los grupos de subconjuntos homogéneos.

Basadas en las medias observadas.
El término de error es la media cuadrática(Error) = 1,200.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 9,000

b. Alfa = ,05.

Figura 11.187 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe

| (I)Edad de la adolescente | (J)Edad de la adolescente | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|---------------------------|---------------------------|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Entre 14 y 16 años | Entre 17 y 18 años | ,3922 | ,51638 | ,753 | -,9846 | 1,7690 |
| | Entre 19 y 20 años | -,3578 | ,51638 | ,789 | -1,7346 | 1,0190 |
| Entre 17 y 18 años | Entre 14 y 16 años | -,3922 | ,51638 | ,753 | -1,7690 | ,9846 |
| | Entre 19 y 20 años | -,7500 | ,51638 | ,369 | -2,1268 | ,6268 |
| Entre 19 y 20 años | Entre 14 y 16 años | ,3578 | ,51638 | ,789 | -1,0190 | 1,7346 |
| | Entre 17 y 18 años | ,7500 | ,51638 | ,369 | -,6268 | 2,1268 |

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = 1,200.

Antes de poner fin a este diseño factorial y aunque no puedan aceptarse todas las hipótesis planteadas, sí que hemos podido identificar diferencias significativas en cuanto a adaptación al embarazo se refiere, entre las gestantes que mantienen una mala o regular relación con sus padres y las que mantienen una nula relación, siendo mayor para las primeras. No podemos evidenciar que la edad correlacione significativamente en nuestra muestra con la adaptación al embarazo.

11.7.5. Diseño factorial de variables: la preocupación y aceptación del embarazo en la adaptación al mismo

Nuestro propósito al efectuar un diseño factorial sobre la preocupación y aceptación del embarazo es analizar el efecto que tienen sobre la adaptación a la gestación, la aceptación del embarazo por parte de la gestante y la preocupación que mantiene por el bebé. Para tal efecto, tendremos que precisar cuáles serán las variables

independientes: “*aceptación del embarazo*” (alta, media y baja) y “*preocupación por el embarazo*” (alta, media, baja).

Veamos ahora cuáles serán las variables independientes y dependientes.

- V. independiente 1: “*aceptación del embarazo*”. Valores:

1. Alta
2. Media
3. Baja

- V. independiente 2: “*preocupación durante el embarazo*” Valores:

1. Alta
2. Media
3. Baja

Nuestras hipótesis de trabajo en este diseño factorial son:

Hipótesis 1: Las gestantes que muestran una alta aceptación del embarazo manifestarán un nivel de adaptación mayor que las que mantienen una aceptación media y éstas a su vez mayor que las que mantienen una baja aceptación.

Hipótesis 2: Las gestantes que mantienen una baja preocupación por el embarazo manifestarán un nivel de adaptación mayor que las que “*a medias*” manifiestan preocupación, y estas a su vez, presentarán mayor nivel de adaptación al embarazo que las que declaran mantener una excesiva preocupación.

Hipótesis 3: Existe una interacción entre la aceptación y la preocupación por el embarazo sobre la adaptación a esta gestación.

A continuación, vamos a observar desde un punto de vista descriptivo los gráficos de medias de cada una de las variables propuestas.

Como podemos comprobar, en Figura 11.64 observamos diferencias entre los distintos valores, si bien, son diferencias identificadas desde el punto de vista descriptivo.

Los resultados están en la línea de la hipótesis 1, si bien, el análisis inferencial confirmará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

Figura 11.64 Medias marginales en adaptación

Aceptación del embarazo



Figura 11.65 nos muestra el efecto principal de la variable “*preocupación por el embarazo*”, los resultados están en la línea de la hipótesis 2. El análisis inferencial nos aclarará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

Figura 11.65 Medias marginales en adaptación

Preocupación por el embarazo



Figura 11.66 nos muestra la posible interacción entre las dos variables independientes sobre la variable dependiente. Con el análisis inferencial que se efectúe,

se determinará si estos análisis descriptivos y las diferencias generadas son significativas.

Figura 11.66 Medias marginales en adaptación

Interacción entre la aceptación del embarazo y la preocupación por el embarazo

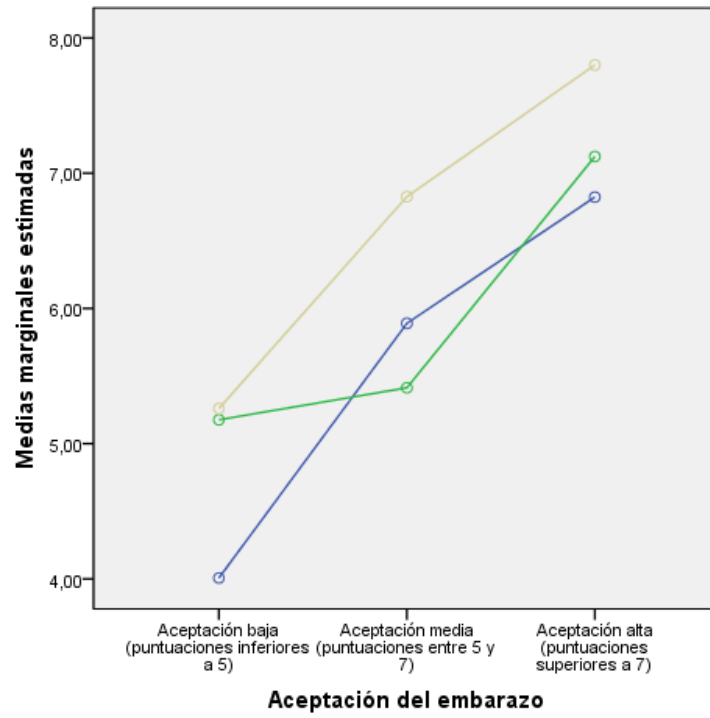


Tabla 11.188 Factores intersujetos

Adaptación del embarazo

| Factores inter-sujetos | | Etiqueta del valor | N |
|--------------------------|------|--|---|
| Aceptación del embarazo | 1,00 | Aceptación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 9 |
| | 2,00 | Aceptación media (puntuaciones entre 5 y 7) | 9 |
| | 3,00 | Aceptación alta (puntuaciones superiores a 7) | 9 |
| Preocupación por el bebé | 1,00 | Excesiva preocupación en el embarazo | 9 |
| | 2,00 | Preocupación media en el embarazo | 9 |
| | 3,00 | Baja preocupación en el embarazo | 9 |

Tabla 11.189 Estadísticos descriptivos*Adaptación del embarazo***Estadísticos descriptivos**

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Acceptación del embarazo | Preocupación por el bebé | Media | Desviación típica | N |
|--|--------------------------------------|--------|-------------------|----|
| Aceptación baja (puntuaciones inferiores a 5) | Excesiva preocupación en el embarazo | 4,0067 | ,57204 | 3 |
| | Preocupación media en el embarazo | 5,1767 | ,66275 | 3 |
| | Baja preocupación en el embarazo | 5,2600 | ,22716 | 3 |
| | Total | 4,8144 | ,75687 | 9 |
| Aceptación media (puntuaciones entre 5 y 7) | Excesiva preocupación en el embarazo | 5,8900 | ,84042 | 3 |
| | Preocupación media en el embarazo | 5,4133 | ,91817 | 3 |
| | Baja preocupación en el embarazo | 6,8267 | 1,00062 | 3 |
| | Total | 6,0433 | 1,01262 | 9 |
| Aceptación alta (puntuaciones superiores a 7) | Excesiva preocupación en el embarazo | 6,8233 | ,34588 | 3 |
| | Preocupación media en el embarazo | 7,1233 | ,29738 | 3 |
| | Baja preocupación en el embarazo | 7,8000 | 1,40096 | 3 |
| | Total | 7,2489 | ,85464 | 9 |
| Total | Excesiva preocupación en el embarazo | 5,5733 | 1,35361 | 9 |
| | Preocupación media en el embarazo | 5,9044 | 1,09036 | 9 |
| | Baja preocupación en el embarazo | 6,6289 | 1,40910 | 9 |
| | Total | 6,0356 | 1,31996 | 27 |

A continuación se muestra la tabla de Levene, sus resultados nos indican que aceptaríamos la hipótesis nula y se cumpliría el principio de homocedasticidad. En este sentido, resultaría apropiado el análisis de la varianza e implicaría que el modelo elegido para la prueba post hoc está bien seleccionado.

Tabla 11.190 Contraste de Levene

Adaptación del embarazo

Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^a

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| F | gl1 | gl2 | Sig. |
|-------|-----|-----|------|
| 1,523 | 8 | 18 | ,218 |

Contrasta la hipótesis nula de que la varianza error de la variable dependiente es igual a lo largo de todos los grupos.

a. Diseño: Intersección + VARIABLE1 + VARIABLE2 + VARIABLE1 * VARIABLE2

Observamos en las pruebas inter-sujetos que:

4. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “aceptación del embarazo”** ofrece una $F=21,666$ y una $p= 0,000$. Rechazaríamos la hipótesis nula y aceptaríamos la existencia de diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable. El análisis post hoc nos muestra que existen diferencias significativas entre todos los valores de la variable. Podemos aceptar la hipótesis de trabajo 1.
5. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “preocupación durante el embarazo”** ofrece una $F=4,262$ y una $p=0,031$. Rechazaríamos la hipótesis nula y el análisis post hoc muestra que existen diferencias significativas en “*la adaptación al embarazo*” entre las gestantes que manifiestan una excesiva preocupación y las que manifiestan una baja preocupación.
6. El análisis de la **interacción entre las dos variables independientes** en relación a la variable dependiente ofrece una $F=,936$ y una $p=0,465$. Aceptaríamos la hipótesis nula y rechazaríamos la existencia de diferencias significativas.

En la prueba de efectos intersujetos podemos identificar el valor de R cuadrado o coeficiente de determinación. En nuestro caso, explicaría el 75,5 por 100 de la variabilidad obtenida en “*adaptación al embarazo*”.

A continuación se mostrarán algunas tablas que complementan todo el diseño factorial efectuado que ha sido preciso realizar para la comprobación de las tres hipótesis formuladas.

Tabla 11.191 Pruebas de efectos intersujetos

Adaptación del embarazo

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| Origen | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|------------------|----------------------------|----|------------------|----------|------|
| Modelo corregido | 34,221 ^a | 8 | 4,278 | 6,950 | ,000 |
| Intersección | 983,554 | 1 | 983,554 | 1598,005 | ,000 |
| VARIABLE1 | 26,670 | 2 | 13,335 | 21,666 | ,000 |
| VARIABLE2 | 5,246 | 2 | 2,623 | 4,262 | ,031 |
| VARIABLE1 * | 2,305 | 4 | ,576 | ,936 | ,465 |
| VARIABLE2 | | | | | |
| Error | 11,079 | 18 | ,615 | | |
| Total | 1028,854 | 27 | | | |
| Total corregida | 45,299 | 26 | | | |

a. R cuadrado = ,755 (R cuadrado corregida = ,647)

Tabla 11.192 Comparaciones múltiples de Scheffé

Adaptación del embarazo

| (I)Aceptación del embarazo | (J)Aceptación del embarazo | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|---|---|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Aceptación baja (puntuaciones inferiores a 5) | Aceptación media (puntuaciones entre 5 y 7) | -1,2289 [*] | ,36983 | ,013 | -2,2150 | -,2428 |
| | Aceptación alta (puntuaciones superiores a 7) | -2,4344 [*] | ,36983 | ,000 | -3,4205 | -1,4484 |
| Aceptación media (puntuaciones entre 5 y 7) | Aceptación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 1,2289 [*] | ,36983 | ,013 | ,2428 | 2,2150 |
| | Aceptación alta (puntuaciones superiores a 7) | -1,2056 [*] | ,36983 | ,015 | -2,1916 | -,2195 |
| Aceptación alta (puntuaciones superiores a 7) | Aceptación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 2,4344 [*] | ,36983 | ,000 | 1,4484 | 3,4205 |
| | Aceptación media (puntuaciones entre 5 y 7) | 1,2056 [*] | ,36983 | ,015 | ,2195 | 2,1916 |

Tabla 11.193 Subconjuntos de Scheffé

Adaptación del embarazo

Adaptación al embarazo

Scheffe^{a,b}

| Aceptación del embarazo | N | Subconjunto | | |
|---|---|-------------|--------|--------|
| | | 1 | 2 | 3 |
| Aceptación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 9 | 4,8144 | | |
| Aceptación media (puntuaciones entre 5 y 7) | 9 | | 6,0433 | |
| Aceptación alta (puntuaciones superiores a 7) | 9 | | | 7,2489 |
| Sig. | | 1,000 | 1,000 | 1,000 |

Tabla 11.194 Comparaciones múltiples de Scheffé

Adaptación del embarazo

Comparaciones múltiples

Adaptación al embarazo

Scheffe

| (I)Preocupación por el bebé | (J)Preocupación por el bebé | Diferencia de medias (I-J) | Error típ. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Excesiva preocupación en el embarazo | Preocupación media en el embarazo | -,3311 | ,36983 | ,676 | -1,3172 | ,6550 |
| | Baja preocupación en el embarazo | -1,0556* | ,36983 | ,035 | -2,0416 | -,0695 |
| Preocupación media en el embarazo | Excesiva preocupación en el embarazo | ,3311 | ,36983 | ,676 | -,6550 | 1,3172 |
| | Baja preocupación en el embarazo | -,7244 | ,36983 | ,176 | -1,7105 | ,2616 |
| Baja preocupación en el embarazo | Excesiva preocupación en el embarazo | 1,0556* | ,36983 | ,035 | ,0695 | 2,0416 |
| | Preocupación media en el embarazo | ,7244 | ,36983 | ,176 | -,2616 | 1,7105 |

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática(Error) = ,615.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Tabla 11.195 Subconjuntos de Scheffé*Adaptación del embarazo***Adaptación al embarazo**

| Scheffe ^{a,b} | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|--------|
| Preocupación por el bebé | N | Subconjunto | |
| | | 1 | 2 |
| Excesiva preocupación en el embarazo | 9 | 5,5733 | |
| Preocupación media en el embarazo | 9 | 5,9044 | 5,9044 |
| Baja preocupación en el embarazo | 9 | | 6,6289 |
| Sig. | | ,676 | ,176 |

Se muestran las medias de los grupos de subconjuntos homogéneos.

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,615.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 9,000

b. Alfa = ,05.

Tras estos análisis efectuados, podemos determinar que se confirmaría la hipótesis: *“las gestantes que muestran una alta aceptación del embarazo manifestarán un nivel de adaptación mayor que las que mantienen una aceptación media y éstas a su vez, mayor que las que mantienen una baja aceptación”*. Asimismo, también existen diferencias significativas entre las que manifiestan excesiva preocupación (la adaptación será menor) y las que manifiestan baja preocupación.

11.7.6 Diseño factorial de variables: identificación con el rol materno y la preparación al parto en la adaptación al embarazo.

A continuación, vamos a analizar el efecto que pueden tener sobre la adaptación a la gestación, la identificación con el rol materno y la preparación al parto. En primer lugar, definiremos cuáles serán las variables independientes: *“identificación con el rol materno”* (alta, media y baja) y *“preparación al parto”* (alta, media, baja).

- V. independiente 1: *“identificación con el rol materno”*. Valores:

1. Alta
2. Media
3. Baja

- V. independiente 2: *“preparación al parto”*. Valores:

1. Alta
2. Media
3. Baja

Nuestras hipótesis de trabajo en este diseño factorial son:

Hipótesis 1: Las gestantes que muestran una alta identificación con el rol materno manifestarán un nivel de adaptación mayor que las que mantienen una identificación media, y éstas a su vez, manifestarán una adaptación mayor que las que mantienen una baja identificación.

Hipótesis 2: Las gestantes que se sienten muy preparadas para el parto manifestarán un nivel de adaptación mayor que las que no están muy preparadas para el parto, y éstas a su vez presentarán mayor nivel de adaptación al embarazo que las que declaran no estar nada preparadas.

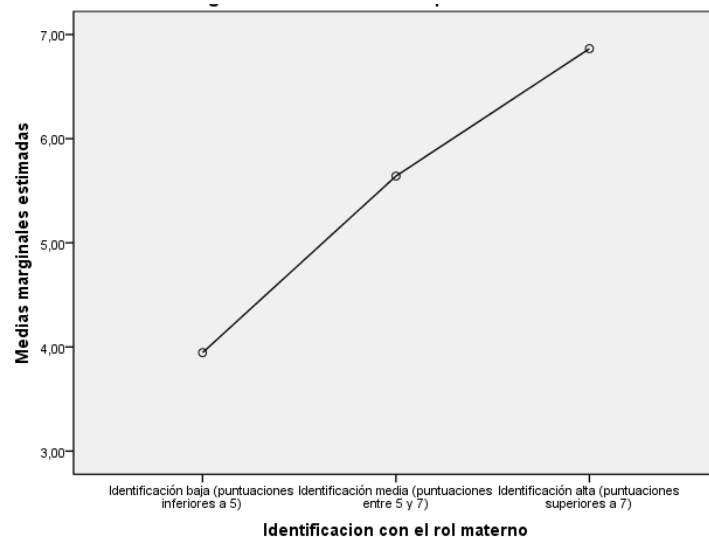
Hipótesis 3: Existe una interacción entre la identificación con el rol materno y la preparación al parto sobre la adaptación al embarazo.

Tras estas hipótesis planteadas vamos a observar desde un punto de vista descriptivo, los gráficos de medias de cada una de las variables propuestas, así como la interacción posible entre ellas.

En Figura 11.67, se puede apreciar el efecto principal de la variable “*identificación con el rol materno*”. Tal y como podemos comprobar, se observan diferencias entre los distintos valores, pero son diferencias halladas a nivel descriptivo. Los resultados están en la línea de la hipótesis 1 y el análisis inferencial confirmará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

Figura 11.67 Medias marginales

Identificación con el rol materno



El gráfico correspondiente a “la preparación al parto” nos muestra diferencias entre los distintos valores de la variable, pero son diferencias que podemos identificar desde un punto de vista descriptivo. Los resultados están en la línea de la hipótesis 2. El análisis inferencial nos aclarará si existen o no diferencias significativas entre los valores de esta variable independiente.

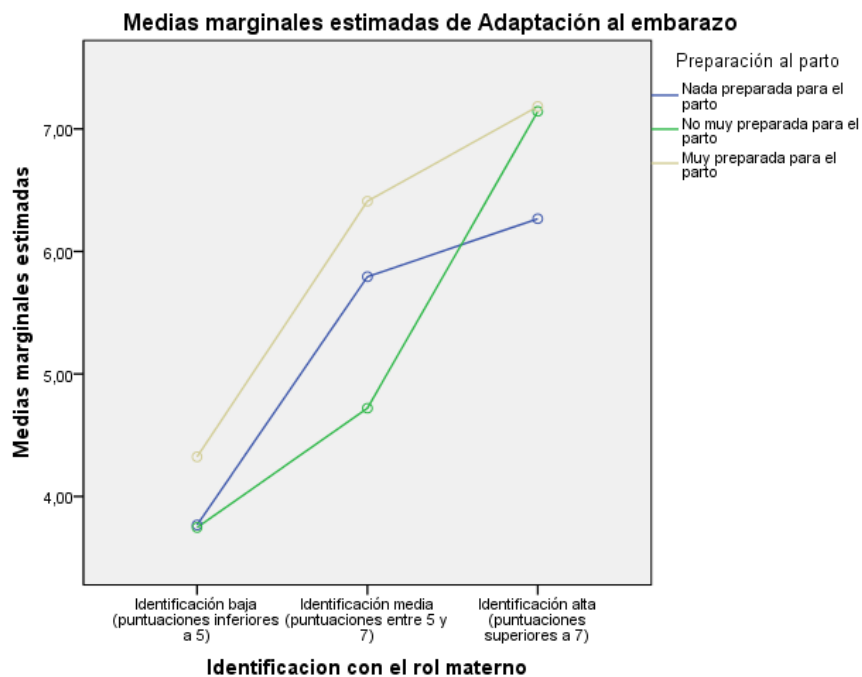
Figura 11.68 Medias marginales en adaptación

Preparación al parto



Figura 11.69 Medias marginales

Interacción entre la identificación con el rol materno y la preparación al parto



Este último gráfico refleja la posible interacción entre las dos variables independientes sobre la variable dependiente. Con el análisis inferencial que acometeremos a continuación, se comprobará si estos análisis descriptivos y las diferencias generadas son significativas.

Tabla 11.196 Factores intersujetos

Adaptación del embarazo

| Factores inter-sujetos | | | |
|-----------------------------------|------|---|---|
| | | Etiqueta del valor | N |
| Identificación con el rol materno | 1,00 | Identificación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 9 |
| | 2,00 | Identificación media (puntuaciones entre 5 y 7) | 9 |
| | 3,00 | Identificación alta (puntuaciones superiores a 7) | 9 |
| Preparación al parto | 1,00 | Nada preparada para el parto | 9 |
| | 2,00 | No muy preparada para el parto | 9 |
| | 3,00 | Muy preparada para el parto | 9 |

Tabla 11.197 Estadísticos descriptivos

Adaptación del embarazo

| Estadísticos descriptivos | | | | |
|---|--------------------------------|--------|-------------------|----|
| Variable dependiente: Adaptación al embarazo | | | | |
| Identificación con el rol materno | Preparación al parto | Media | Desviación típica | N |
| Identificación baja (puntuaciones inferiores a 5) | Nada preparada para el parto | 3,7667 | ,66335 | 3 |
| | No muy preparada para el parto | 3,7467 | ,62067 | 3 |
| | Muy preparada para el parto | 4,3233 | ,83512 | 3 |
| | Total | 3,9456 | ,67899 | 9 |
| Identificación media (puntuaciones entre 5 y 7) | Nada preparada para el parto | 5,7933 | ,35642 | 3 |
| | No muy preparada para el parto | 4,7200 | ,30199 | 3 |
| | Muy preparada para el parto | 6,4100 | ,22716 | 3 |
| | Total | 5,6411 | ,78486 | 9 |
| Identificación alta (puntuaciones superiores a 7) | Nada preparada para el parto | 6,2667 | 1,66308 | 3 |
| | No muy preparada para el parto | 7,1433 | ,85979 | 3 |
| | Muy preparada para el parto | 7,1833 | ,80513 | 3 |
| | Total | 6,8644 | 1,11339 | 9 |
| Total | Nada preparada para el parto | 5,2756 | 1,46830 | 9 |
| | No muy preparada para el parto | 5,2033 | 1,61201 | 9 |
| | Muy preparada para el parto | 5,9722 | 1,41096 | 9 |
| | Total | 5,4837 | 1,48334 | 27 |

Tabla 11.198 Contraste de Levene*Adaptación del embarazo***Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error^a**

Variable dependiente: Adaptación al embarazo

| F | gl1 | gl2 | Sig. |
|-------|-----|-----|------|
| 2,803 | 8 | 18 | ,033 |

Según los resultados de la tabla de Levene, rechazaríamos la hipótesis nula y no se cumpliría el principio de homocedasticidad.

Las pruebas inter-sujetos nos indican que:

1. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “identificación con el rol materno”** ofrece una $F= 29,270$ y una $p= 0,000$. Rechazaríamos la hipótesis nula y aceptaríamos la existencia de diferencias significativas entre las medias de los valores de esta variable. Podemos entonces aceptar la hipótesis de trabajo 1.
2. El análisis de la varianza del **efecto principal de la variable independiente: “preparación al parto”** ofrece una $F=2,456$ y una $p=0,114$. Aceptaríamos la hipótesis nula.
3. El análisis de la **interacción entre las dos variables independientes** en relación con la variable dependiente ofrece una $F=1,285$ y una $p=0,313$. Aceptaríamos la hipótesis nula y por tanto, no existirían diferencias significativas.

Tabla 11.199 Pruebas de efectos intersujetos*Adaptación al embarazo***Pruebas de los efectos inter-sujetos**

| Origen | Suma de cuadrados tipo III | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|------------------|----------------------------|----|------------------|----------|------|
| Modelo corregido | 45,316 ^a | 8 | 5,664 | 8,574 | ,000 |
| Intersección | 811,917 | 1 | 811,917 | 1228,971 | ,000 |
| VARIABLE1 | 38,674 | 2 | 19,337 | 29,270 | ,000 |
| VARIABLE2 | 3,245 | 2 | 1,623 | 2,456 | ,114 |
| VARIABLE1 * | 3,396 | 4 | ,849 | 1,285 | ,313 |
| VARIABLE2 | | | | | |
| Error | 11,892 | 18 | ,661 | | |
| Total | 869,125 | 27 | | | |
| Total corregida | 57,207 | 26 | | | |

R cuadrado, el coeficiente de determinación, nos indica la proporción de varianza explicada por el modelo, en nuestro caso explicaría el 79,2 por 100 de la variabilidad obtenida en la variable dependiente “*adaptación al embarazo*”.

Tabla 11.200 Comparaciones múltiples de Scheffé

Adaptación del embarazo

Comparaciones múltiples

Adaptación al embarazo

Scheffe

| (I)Identificación con el rol materno | (J)Identificación con el rol materno | Diferencia de medias (I-J) | Error ttp. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|---|---|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Identificación baja (puntuaciones inferiores a 5) | Identificación media (puntuaciones entre 5 y 7) | -1,6956* | ,38316 | ,001 | -2,7172 | -,6739 |
| | Identificación alta (puntuaciones superiores a 7) | -2,9189* | ,38316 | ,000 | -3,9405 | -1,8973 |
| Identificación media (puntuaciones entre 5 y 7) | Identificación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 1,6956* | ,38316 | ,001 | ,6739 | 2,7172 |
| | Identificación alta (puntuaciones superiores a 7) | -1,2233* | ,38316 | ,018 | -2,2449 | -,2017 |
| Identificación alta (puntuaciones superiores a 7) | Identificación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 2,9189* | ,38316 | ,000 | 1,8973 | 3,9405 |
| | Identificación media (puntuaciones entre 5 y 7) | 1,2233* | ,38316 | ,018 | ,2017 | 2,2449 |

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,661.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Estos últimos datos revelan que podríamos aceptar la hipótesis de trabajo 1, es decir, es posible afirmar que las gestantes que muestran una alta identificación con el rol materno manifestarán un nivel de adaptación significativamente mayor que las que mantienen una identificación media, y éstas a su vez mayor, que las que mantienen una baja identificación.

A continuación se presentarán diferentes tablas que complementan el análisis inferencial realizado para poder comprobar las hipótesis planteadas.

Tabla 11.201 Subconjuntos de Scheffé

Adaptación del embarazo

| Adaptación al embarazo | | | | |
|---|---|-------------|--------|--------|
| Scheffe ^{a,b} | | | | |
| Identificación con el rol materno | N | Subconjunto | | |
| | | 1 | 2 | 3 |
| Identificación baja (puntuaciones inferiores a 5) | 9 | 3,9456 | | |
| Identificación media (puntuaciones entre 5 y 7) | 9 | | 5,6411 | |
| Identificación alta (puntuaciones superiores a 7) | 9 | | | 6,8644 |
| Sig. | | 1,000 | 1,000 | 1,000 |

Tabla 11.202 Comparaciones múltiples Scheffé

Adaptación del embarazo

| (I)Preparación al parto | (J)Preparación al parto | Diferencia de medias (I-J) | Error tít. | Sig. | Intervalo de confianza 95% | |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|------------|------|----------------------------|-----------------|
| | | | | | Límite inferior | Límite superior |
| Nada preparada para el parto | No muy preparada para el parto | ,0722 | ,38316 | ,982 | -,9494 | 1,0938 |
| | Muy preparada para el parto | -,6967 | ,38316 | ,219 | -1,7183 | ,3249 |
| No muy preparada para el parto | Nada preparada para el parto | -,0722 | ,38316 | ,982 | -1,0938 | ,9494 |
| | Muy preparada para el parto | -,7689 | ,38316 | ,163 | -1,7905 | ,2527 |
| Muy preparada para el parto | Nada preparada para el parto | ,6967 | ,38316 | ,219 | -,3249 | 1,7183 |
| | No muy preparada para el parto | ,7689 | ,38316 | ,163 | -,2527 | 1,7905 |

Basadas en las medias observadas.

El término de error es la media cuadrática (Error) = ,661.

No podemos corroborar que las gestantes de la muestra que no se sientan preparadas para el parto puedan directamente manifestar un nivel de adaptación al embarazo significativamente menor. Sin embargo, sí podemos concluir, que la identificación con el rol materno será una variable clave en la adaptación al embarazo.

Capítulo 12

CAPÍTULO 12: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En capítulos iniciales manifestamos que nuestro propósito con este trabajo era: *“conocer el proceso gestacional de nuestra muestra desde un punto de vista psicosocial”*. Es por ello que en este apartado se discuten y contrastan los resultados derivados de los cuestionarios y entrevistas con investigaciones precedentes revisadas por autores vinculados a esta temática.

Será preciso en primer lugar, efectuar una discusión de resultados, de forma que se ilustren fehacientemente los objetivos específicos propuestos en un principio. Posteriormente en las conclusiones, estos resultados se complementarán con nuevos datos, que fueron hallados a medida que paulatinamente avanzaba y se enriquecía el proceso de investigación.

Descripción de las características sociodemográficas de las gestantes

Los resultados sociodemográficos presentados son la prueba irrefutable de cómo las gestantes adolescentes están fuertemente condicionadas por el entorno sociocultural y familiar en el que están inmersas.

Sin embargo, como ya sugería Vallejo (1998), los elementos contextuales que tradicionalmente se han relacionado con estos embarazos, -entornos desfavorables desde el punto de vista sociocultural y económico-, no se asocian directamente a la realidad de todas las gestaciones exploradas. Es decir, en nuestra muestra se han identificado gestantes con un nivel sociocultural y económico bajo, mientras que otras han alegado tener un nivel cultural y/o económico medio o incluso alto. Además, el acceso a los recursos tecnológicos, ha posibilitado a muchas de ellas poner en funcionamiento nuevas formas de comunicación con otras gestantes.

Al igual que Vallejo (1998), corroboramos el hecho de que problemas familiares, como los que hemos identificado en la investigación (alcohol, falta de afecto, graves discusiones...) están presentes y pueden determinar con mucha fuerza ese inesperado embarazo. De forma complementaria, una parte de las participantes (25%) coincide en manifestar que en su familia no se dan ninguno de los problemas citados

(problemas de drogas, problemas económicos o de salud psicológica...). Sin embargo, el 19,6% de ellas sí alude a problemas económicos, al igual que otro 19,6% que reconoce en sus padres formas de ser o actuar conflictivas. Tampoco podemos obviar el hecho de que en nuestra muestra el 30,4% de las gestantes son hijas de madres adolescentes.

En esta investigación se han recopilado datos que no se han estudiado con anterioridad en España en relación a la gestación adolescente. En este sentido, nos referimos al lugar de residencia y al uso de las redes sociales. La mayor parte de las participantes aseveró continuar viviendo con sus padres (57,1%) y casi la mitad de ellas (44,6%) utilizaba las redes sociales con distintos fines lúdicos.

Hemos advertido también, datos que otros autores de esta temática no han registrado con anterioridad, y es que una parte de ellas (un 41,1% muestral) como figura imprescindible de apoyo durante el embarazo eligió a su pareja. La segunda persona más significativa para ellas fue la madre (23,2%), y después citaríamos al padre (12,5%). Sin embargo, la persona que más apoyo proporcionó a las gestantes durante el embarazo fue la figura materna, y la que menos, la paterna. El padre ha sido la persona que más ha decepcionado a un 25% de las participantes.

Gracias a este cuestionario sociodemográfico, pudimos argumentar cómo aproximadamente un 25% de ellas situaba la causa de su embarazo en “un despiste” o en haber mantenido “relaciones sexuales sin protección”. Por otra parte, otro 19,6% reflejó que “uno o ambos miembros de la pareja estaban bajo los efectos del alcohol” y únicamente el 16,1% afirmó que fue buscado, seguido de las que sostuvieron que “directamente no lo pensaron” (14,3%). Cada gestante ha aportado una respuesta particular a por qué se quedó embarazada, no existiendo un claro consenso entre ellas.

Descripción de los principales cambios experimentados por las adolescentes en su gestación, desde su vulnerabilidad y fortaleza percibidas.

El afrontamiento del embarazo no parece ser una tarea excesivamente fácil para gran parte de las adolescentes entrevistadas, coincidimos con autores como Figueiredo, Tendais y Dias (2014). Simultáneamente, también sostenemos que en el embarazo adolescente van a sucederse cambios biológicos, psicológicos y sociales (Vallejo, 1998; Mirabal, Martínez y Pérez, 2002; Fernández y Sánchez Cabaco, 2005; Chase et al., 2006; Calesso, 2007; Savio et al., 2009; Álvarez et al., 2012; Pires, 2010; Macleod,

2013), cambios que a menudo, no serán fáciles de asumir sin delegar responsabilidades en otros adultos (Álvarez et al., 2012).

Nuestras gestantes han experimentado cambios psicológicos (estado de ánimo, sentimientos, estrés, autoestima, alegría, tristeza...) y cambios físicos (aumento de peso, estrías...). La intensidad de cada tipo varía en función de cómo cada una perciba estas modificaciones. Los cambios más significativos percibidos están vinculados a la anticipación del rol materno, esto concuerda con lo expuesto por Moyeda et al. (2006) y Fernández (2013). Este rol materno va a depender del ejercicio de responsabilidad que realice la gestante, (Della Mora, 2006), de su implicación personal y de la implicación familiar.

Gran parte de las adolescentes, o no es partícipe de reconocer abiertamente que precisa delegar responsabilidades en otras personas respecto al cuidado del bebé, o bien, no es consciente de las propias necesidades de apoyo. Las participantes, en su mayoría, exhiben tener competencia suficiente como para llevar a efecto su embarazo y maternidad sin excesivas dificultades. Sin embargo, sus respuestas a otras cuestiones ponen de relieve cómo una falta de soporte por parte de figuras importantes para ellas condicionará un difícil afrontamiento del embarazo. No obstante, no podemos generalizar estos resultados, pues existen diferencias dentro de la propia muestra.

Todas las gestantes, de un modo u otro, han experimentado rupturas familiares y/o dificultades en sus respectivas relaciones con personas del entorno. Dada la información extraída a merced de estos resultados, coincidimos con Zárate (2013), pues casi todas ellas han protagonizado profundas transformaciones psicológicas, sociales e individuales y también han percibido cambios en el contexto familiar y social que les rodea.

El embarazo no es independiente de la historia de vida previa, coincidimos con Vallejo (1998); Ellis, Bates y Dodge (2003); Fergusson y Woodward (2004); Kait (2007); Lang, Rieckmann, DiClemente, Crosby, Brown, Geri (2012) y Zárate (2013). Al igual que Zárate, (2013) y también Kait, (2007), reconocemos que el embarazo puede responder a un vacío emocional, estaríamos confirmando lo que en nuestra muestra también se ha detectado, pues algunas gestantes reflejan con frecuencia carencias afectivas y necesidades de apoyo y afecto sincero. De esta forma, el tránsito a la maternidad va a depender en parte, de las condiciones del entorno social y familiar

específico, pero también de la experiencia vital y de las estrategias de afrontamiento individual propias de la gestante.

En lo que respecta al entorno académico, las adolescentes expresan indiferencia, desplazando el eje de prioridades hacia otros objetivos, pudiendo desvincularse momentáneamente del sistema educativo cuando tienen posibilidades y recursos para continuar.

La posibilidad de recibir orientación pasa a ser relegada a un segundo plano y en lugar de un asesoramiento como tal, les hubiera gustado recibir una atención igualitaria donde poder sentirse “una más en la comunidad”. Caballero y Méndez (2005) hacían referencia al abandono de estudios como un factor común que solía anteceder a un embarazo, pero como hemos podido concluir en la muestra, también es posible como consecuencia.

Por último, cabe argumentar, que las gestantes reconocen en general, comunicarse durante el embarazo con el bebé de formas múltiples (a través del tacto, hablándoles, acariciándoles, a través del oído, como la música...) y múltiples son las respuestas que reciben de ellos y su forma de interpretarlas. La gran mayoría de nuestras adolescentes ha experimentado bienestar al percibir estos movimientos, que son además explorados por autores de esta temática (Buchholz y Gol, 1986; Lesser, Anderson y Koniak-Griffin, 1998; Gutierrez, Ramos, Ramirez, & Damaris, 2009; Trejos, 2010).

Análisis del proceso de adaptación a la gestación mediante la aceptación del embarazo, preparación al parto, identificación con el rol materno, calidad de relación con la madre, con el padre y calidad de relación con la pareja.

En general, las gestantes que han participado en esta investigación sí se han adaptado al embarazo. Las cinco dimensiones que conforman su adaptación al proceso de gestación muestran por lo general, puntuaciones individuales moderadamente positivas.

En lo que respecta a la aceptación del embarazo, predomina cierta heterogeneidad de respuestas entre ellas. La puntuación más alta es la asociada al afrontamiento de las molestias del embarazo con facilidad, y la menor, la que se corresponde al inoportuno momento de acontecer el embarazo, así como al deseo de no estar embarazada, que es ligeramente superior al anterior.

Tal y como afirmamos (Casanueva, Fajardo y Bermejo, 2013) muchas adolescentes manifiestan una actitud de aceptación general frente a su incipiente embarazo, por tanto, la aceptación del embarazo es posible, independientemente de que el embarazo no fuera planificado, ni aceptado en un principio. Además, las gestantes que contaban con el apoyo de sus parejas podían también contar con ellos para compartir el cuidado del bebé, de hecho, a una gran mayoría les gustaba conversar con la pareja sobre el hijo que esperaban.

Las madres han constituido figuras clave de referencia, tanto para el proceso gestacional, como para la preparación al parto. Coincidimos entonces con publicaciones anteriores (Fajardo Caldera, Casanueva y otros, 2011). Si bien, las relaciones con las madres tampoco son completamente armónicas, pues son frecuentes las discusiones, las rivalidades e incluso las faltas de acuerdo entre ambas.

Al igual que en nuestra investigación anterior, Fajardo y Casanueva (2011) y en Casanueva, Fajardo y Bermejo (2013), no podemos confirmar que las adolescentes no estén preparadas para el parto, sin embargo, hemos comprobado que aún queda mucho por investigar en este ámbito, ya que las gestantes precisan información más clara, consistente y científica. Respecto a esta información, a menudo recurren a las redes sociales donde encuentran apoyo social de otras adolescentes en su misma situación.

Durante la gestación, las adolescentes estarán preocupadas por el bienestar de su futuro bebé y por las dificultades que pudieran acontecer durante el parto, si bien estas preocupaciones no serán muy frecuentes, siendo el mayor miedo reconocido, el miedo a perder el bebé. Este miedo a perder el bebé no armonizaría sin embargo, con lo evidenciado en el estudio de un caso (ver estudio de un caso en Anexos).

Análisis de determinados aspectos vitales de su infancia y del matrimonio de sus padres para conocer los antecedentes familiares a esa prematura gestación.

La descripción que realizan las adolescentes de sus familias, a menudo guarda relación con las experiencias vividas en el seno de éstas cuando eran niñas (Calesso, 2007) constituyendo así, los vínculos afectivos que se establecieron en la infancia, una importante fuente de estudio para conocer el presente de las adolescentes (Martínez-Álvarez, Fuertes-Martín, Orgaz-Baz, Vicario-Molina y González-Ortega, 2014). En este sentido, en lo que respecta al rol que ejercieron sus padres, hallamos al igual que en Zárate (2013) vivencias de abandono, descontrol y falta de cuidados.

Los abuelos, tíos y amigas suelen ser personas importantes para ellas (Miller, Benson y Galbraith, 2001; Parra et al., 2004; Shermann & Greenfield, 2013). En algunos casos concretos se percibe además un cambio de actitud más positivo por parte de los padres e incluso un cambio de hábitos por parte de las gestantes (ver en anexos el estudio de un caso).

En lo que respecta a su relación con la figura paterna, hallamos gran variabilidad de vínculos. La relación entre ambos dependerá en gran medida de las experiencias que hayan tenido lugar antes de la gestación, siendo claves el amor y el afecto que recibieron de ellos durante su infancia (Updegraff, Perez-Brena, Umaña-Taylor, Jahromi, y Harvey-Mendoza, 2013). Identificamos pues, mayoritariamente padres ausentes, poco cariñosos y con problemas de adicción, y también algunos padres afectuosos, comprensivos y generosos con sus hijas.

En general, no hemos podido aseverar que los roles que adopten los padres sean siempre los tradicionales, como ocurre en Zárte (2013); donde la figura paterna aporta autoridad en casa y satisface las necesidades económicas. En este trabajo, se refleja un intercambio de roles, es decir, identificamos madres autoritarias y padres complacientes, y viceversa. En este caso, sí que podríamos ratificar, que es difícil hallar gestantes sin problemas familiares identificados o donde los dos padres ejerzan su rol de forma óptima y equilibrada, pues a menudo falla uno u otro, dejando caer el peso de uno sobre el otro, lo que provoca que parezca que uno de los dos apoya intensamente y por los dos. Algunas de ellas no son conscientes de ello, ni tampoco de las carencias en esa educación recibida, y por consiguiente, no consideran imprescindible disponer de ambas figuras para afrontar situaciones adversas venideras, pues se han habituado a afrontar situaciones desfavorables con ausencias.

La mayor parte de las gestantes se ha identificado más con la figura materna, sin ser ésta, sin embargo, una figura muy significativa para ellas. De Mestre, Samper, Tur, Malonda y Santolaria (2010) citados en Zárte (2013), revelan que es muy importante la presencia de ambos padres en la familia para la educación y cuidado de los hijos. La expresión de afectos y sentimientos es esencial, y en las entrevistas ellas subrayan esa necesidad de sentirse queridas. En algunos casos específicos, los progenitores son especialmente conflictivos, les cuesta ponerse de acuerdo, o no están juntos residiendo en el hogar.

Al igual que en Zárate (2013), hemos registrado factores como el alcohol (Haldre et al., 2009) o relaciones entre los progenitores conflictivas, como indicadores de la necesidad de escape que precisan experimentar estas adolescentes ante una realidad que con frecuencia se desvela difícil.

Por último, en lo que concierne a la relación con los hermanos, suelen empatizar y tener relaciones armónicas con hermanos pequeños y mayores. En algunos casos, las hermanas, las primas o las cuñadas también están embarazadas. Si bien, el tipo de relación que establecen con ellas es bastante variable y a pesar de las posibles discrepancias que puedan existir fruto de la adolescencia o de la gestación, los conflictos se solventan fácilmente.

Identificación de características de la personalidad de las gestantes que pueden estar relacionadas con la propia gestación.

Nuestros resultados evidencian que el embarazo ha tenido repercusiones sustanciales en la esfera de la personalidad de la adolescente, al igual que exhibe Vallejo (1998) en su estudio. Pues, la presencia de cambios emocionales ha sido indiscutible y además estas modificaciones se han agudizado, debido a desajustes afectivos propios de la adolescencia. Hemos advertido cierta impulsividad en muchas de ellas, pérdida de interés e incluso agotamiento, los cuales al igual que apuntaba Vallejo (1998), pueden haberse incrementado si además cuentan con un escaso o limitado apoyo familiar (ver en anexos el estudio de un caso).

Podemos constatar que las relaciones de amistad son una fuente de apoyo importante para las gestantes, hemos referido decepciones y desencuentros dentro de la pandilla fruto del embarazo. Sin embargo, ellas admiten desde una perspectiva optimista, que ello ha contribuido a valorar sus amistades y a saber discernir quiénes son sus verdaderos amigos de los que no lo son (Álvarez et al., 2012).

Algunas de ellas alegan no disponer de una proyección profesional como la de otras adolescentes de su edad (Phipps, Salak, Nunes y Rosengard, 2014). Desafortunadamente, tal y como sugieren Phipps et al. (2014) y nosotros armonizamos con ellos, las adolescentes con embarazos no deseados son más propensas a reducir sus expectativas y aspiraciones laborales. Esta realidad puede ser consecuencia y causa de unos niveles educativos bajos. Según Zárate (2013), esta situación imposibilita además, que sean económicamente independientes y por ende, genera una dependencia excesiva

de la pareja, de la familia o de fundaciones sin ánimo de lucro; aspecto que también ha sido detectado en nuestra investigación.

Los sentimientos ante una separación o divorcio son difíciles de expresar y verbalizar por las gestantes, lo que nos lleva a intuir que necesitan sentirse cómodas y seguras para poder expresar lo que les preocupa. Esta necesidad también la identificaron Bute, Comer, et al. (2014), quienes a través de “diarios” podían favorecer en ellas un autoanálisis personal y un conocimiento de las propias experiencias.

Cada una de nuestras gestantes además, ha experimentado alguna vez una pérdida significativa, pero son reticentes a pronunciarse respecto al tema. Asimismo, han tenido que separarse temporalmente de sus familias y parejas, y los sentimientos implicados futuro de estas separaciones, son los propios de un proceso que se vive con dolor. Además, no describen con alto nivel de exactitud esos procesos de duelo.

En lo que respecta al conocimiento de sí mismas, y en detrimento de los cuestionarios, en las entrevistas las respuestas de las gestantes a “*cómo son o cómo se perciben*” suelen ser más optimistas, proyectándose con más autoestima y competencia cuando se les posibilita poder expresarse libremente con sus propias palabras. Esto no es garantía de que necesariamente, gocen de una buena autoestima, pues muchas adolescentes lo que hacen es exteriorizar una parte positiva de sí mismas en la investigación.

Realmente toda esta disertación de resultados perfila una realidad, donde se atisba fácil intuir que a las adolescentes no les resultará fácil organizar o planificar sus vidas. De hecho, admiten cierta impulsividad en sus actos y además son proclives a dejarse llevar por el momento, incluso tenderán a posponer sus estudios, focalizando su atención en el bebé. Asimismo, identifican la maternidad como un paso decisivo en sus vidas, siendo esta identificación una realidad bastante generalizada en la muestra.

Lo cierto es que, efectuadas dichas aclaraciones, no podemos apresurarnos a aseverar que conocemos bien cómo son estas adolescentes sin partir antes, de un conocimiento de sus representaciones, motivaciones y deseos más profundos.

La formación maternal en estas adolescentes se erige esencial, pues supone que tomen conciencia sobre lo que significa e implica ser madre y con ello, poder trabajar ambos futuros padres para que sus hijos gocen de un buen desarrollo personal y social

futuro. Para tal efecto, hemos de facilitarles estrategias que les permitan comprender cómo la maternidad ha de ser un vehículo más para su desarrollo pero no el único. Como afirma Kait (2007), muchas de las que afrontan una gestación: “*son madres, no mujeres*”.

Antes de exponer las conclusiones conviene precisar...

“*Es arriesgado en ciencia, plantear conclusiones no basadas en evidencias empíricas directas*” (Sánchez Cábaco, 2005). Sánchez Cabaco (2005) en el libro “El vínculo afectivo con el niño por nacer” (Fernández, 2005, pág. 16), con estas palabras, alude a la osadía que supone confirmar y demostrar hechos que no pueden medirse con total precisión y exhaustividad científica.

A estas alturas, ante una muestra tan reducida de gestantes, nos ha resultado igualmente imprudente poder realizar aseveraciones generalizables al grueso de la población gestante adolescente. Por este motivo, exponemos prudencia a la hora de hacer extensa estas conclusiones, las cuáles además, vendrán acompañadas de una gran variedad de porcentajes, al no poder realizar en ocasiones generalizaciones, ni siquiera en nuestra propia muestra.

Realizada esta aclaración, concluimos este apartado con una cita de Ainsworth: “*la aceptación o no aceptación de su estado va a situar a la gestante en un polo directamente negativo o positivo de su embarazo*” (Ainsworth, 1978).

Capítulo 13

CAPÍTULO 13: PRESENTACIÓN DE CONCLUSIONES

En referencia a nuestros objetivos planteados, nuestras principales conclusiones van a ser estructuradas en diferentes apartados con el fin de facilitar su comprensión y sistematización. En primer lugar, partiremos de las hipótesis principales iniciales que dieron comienzo a la investigación efectuada. En función de sus resultados procederemos a rechazarlas o confirmarlas.

Edad de la gestante

- A medida que aumenta la edad de la gestante aumentará también su nivel de adaptación al embarazo. Rechazamos esta hipótesis, ya que la edad no es una variable que correlacione significativamente con la adaptación al embarazo.

Calidad de relación que mantiene con personas significativas

- A medida que la calidad de la relación de la gestante con la pareja sea mayor, también lo será significativamente su adaptación al embarazo. Confirmamos la hipótesis.
- A medida que aumenta la calidad de la relación que mantiene la gestante con su figura paterna y materna, también lo hará su nivel de adaptación al embarazo. No podemos confirmar esta hipótesis, pero sí afirmar que la gestante que no disfrute de una relación de pareja con el padre de su futuro bebé, mantendrá una adaptación al embarazo menor que el resto de gestantes.

Aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, preparación al parto y preocupación por el bebé durante el embarazo

- El hecho de que la gestante considere que el momento en el que se quedó embarazada fue en general un buen momento, correlacionará positivamente con la aceptación del embarazo. Aceptamos la hipótesis.
- El que la pareja y la gestante dialoguen sobre el bebé antes de su nacimiento correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo. Aceptamos la hipótesis.

- El que la gestante pueda contar con el apoyo de su pareja durante el parto correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo. Confirmamos la hipótesis.
- El que a la gestante le cueste aceptar el embarazo correlacionará negativamente con la adaptación al mismo. Aceptamos la hipótesis.
- La identificación satisfactoria con el rol materno correlacionará positivamente con la adaptación al embarazo. Confirmamos la hipótesis.

Valoración sobre el matrimonio de los padres y el trato recibido por ellos durante su infancia

- La valoración que la gestante realiza sobre el matrimonio de sus padres, así como la percepción del afecto que recibió de ellos en la infancia, se relacionarán significativamente con la adaptación a su embarazo. No podemos confirmarla, pero sí expresar que la valoración que realicen del matrimonio se relacionará significativamente con la adaptación al embarazo.

Valoración sobre los rasgos emocionales de personalidad durante la gestación

- Las percepciones negativas que la gestante pueda mantener durante su embarazo relativas, por ejemplo, a “creer que la vida no merece la pena” se relacionarán significativamente con una adaptación más deficiente al embarazo. Aceptamos la hipótesis.

A continuación van a ser desgranadas cada una de las conclusiones obtenidas en cada apartado de la investigación, en función del instrumento empleado para obtener datos, así como según el tipo de análisis efectuado. Estas conclusiones complementarán las ya expuestas.

13.1. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo sociodemográfico de la muestra objeto de estudio.

1. La muestra consta de **56 adolescentes españolas**, de ellas 28 gestantes tienen entre 14 y 17 años y otras 28 se sitúan entre los 18 y los 20 años de edad.
2. La mayor parte de la muestra (83,9 %) **no planificó el embarazo**.
3. La mayor proporción de la muestra, (39,3%) **ni estudia ni trabaja durante su embarazo**.
4. Alrededor de la mitad de la muestra **no ha finalizado Educación Secundaria Obligatoria durante su gestación**, mientras que prácticamente la otra mitad (41,1%) sí.
5. Más de la mitad muestral, el 57% de las adolescentes, **disfruta de la compañía de sus parejas**, sin embargo, 18 futuras madres (32,1%) no disponen del apoyo que puede proporcionar el futuro padre de sus hijos.
6. Predomina en la muestra la **relación de pareja** “duradera” frente a la “esporádica”.
7. En lo que respecta a la variable “nivel cultural”, el 41,1% afirma poseer un nivel cultural medio, mientras que el 17,9% manifiesta tener un **nivel cultural bajo**.
8. El porcentaje más elevado de la muestra (37,5%), corresponde a las gestantes que manifiestan pertenecer a una familia con **un nivel socioeconómico medio-bajo**.
9. El 46,4% de las gestantes afirma **pertenecer a una familia** no numerosa y con graves problemas familiares, seguidas del 21,4% de las gestantes que pertenecen a una familia no numerosa y sin graves problemas familiares.
10. El 75% de las adolescentes **alegó vivir con las mismas personas** con las que residía antes del embarazo, mientras que únicamente el 25% restante modificó el lugar de residencia durante este período.
11. El 67,9 % de la muestra **vivía con sus padres antes del embarazo**, seguido del 16,1% quienes por el contrario, vivían con sus parejas.
12. La mayor parte de las adolescentes afirma continuar **viviendo con sus padres** (57,1%).
13. Casi la mitad de las gestantes (44,6%) pertenece a **redes sociales** en internet, independientemente de su participación activa en grupos de embarazadas y madres en la red.
14. La mayor parte de ellas (un 41,1% muestral) **como figura imprescindible y deseable de apoyo** eligió a la pareja. La segunda persona más elegida y significativa para ellas fue la madre (23,2%), y después citaríamos al padre (12,5%).
15. **La persona que más apoyo real proporciona** a las gestantes durante el embarazo es la figura materna (28,6%).

16. En lo que respecta a la persona que **menos apoyo proporciona a las gestantes**, el 21,4% de ellas considera que esta figura la conformaría su padre.
17. **La figura paterna** es la persona que más ha decepcionado a un 25% de las participantes.
18. En nuestra muestra, el 30,4% reconoce que su madre también tuvo un **embarazo siendo adolescente**.
19. El 25% de la muestra sitúa **la causa de su embarazo** en un despiste y también en **mantener relaciones sexuales sin protección**. Por otra parte, el 19,6% reflejó que uno o ambos miembros de la pareja estaban bajo los efectos del alcohol. Únicamente el 16,1% afirmó que fue buscado, seguido de las que sostienen que “directamente no lo pensaron” (14,3%).
20. El mayor porcentaje de la muestra (25%) coincide en manifestar que en su familia no se dan ninguno de los **problemas citados** (problemas de drogas, conflictos intrafamiliares, problemas económicos o de salud psicológica...), sin embargo, el 19,6% de ellas aluden a **problemas económicos**, al igual que otro 19,6% que reconoce tener padres con **formas de ser o actuar conflictivas**.
21. El 35,7% muestral mantiene una **relación con su padre** que calificaría como regular, el 25% considera que la relación es satisfactoria, seguido de un 14,3% que asevera no mantener relación alguna con él.

13.2. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo del Cuestionario de Evaluación Prenatal de Armengol et al. (2007)

Las conclusiones extraídas a partir del análisis descriptivo del Cuestionario de Evaluación Prenatal de Armengol et al. (2007) son:

1. En general., las gestantes **se han adaptado al embarazo**. Las cinco dimensiones que conforman su adaptación al proceso de gestación muestran por lo general, **puntuaciones individuales bastante positivas**.
2. En lo que respecta a **la aceptación del embarazo** la puntuación más alta es la asociada **al afrontamiento de las molestias del embarazo con facilidad**, y la menor, la que se corresponde al **inoportuno momento de acontecer el embarazo**.
3. Si analizamos la dimensión: **“calidad de relación con sus parejas”**, el mayor porcentaje de gestantes que disfrutaron de este apoyo, declara hablar mucho del bebé

que esperan. Si bien, las gestantes reconocen **encontrar dificultades para ponerse de acuerdo con ellos.**

4. En lo que respecta a la *“preparación al parto”*, no podemos determinar que no estén preparadas para el parto. Desconocemos la calidad de la información que reciben.
5. En la dimensión *“calidad de relación con las madres”*, nos consta que en general, las futuras abuelas **ya esperan a sus nietos** durante el embarazo de sus hijas.
6. En lo que respecta a *la preocupación por el bienestar del bebé y de sí mismas*, la mayoría de las gestantes ha experimentado ciertas preocupaciones, al menos en algún momento de su embarazo. Las adolescentes padecen **ciertas dificultades y miedos aunque no excesivos**, acerca de las posibles complicaciones que pueden tener lugar en el parto o a que le suceda algo al bebé que esperan.
7. En cuanto a la *identificación con el rol materno*, en esta dimensión existe un alto grado de acuerdo. De esta forma, las adolescentes embarazadas exhiben unas **expectativas aceptables** hacia su rol materno.
8. En la dimensión *“calidad de relación con el padre”* podemos concluir que **los padres de las gestantes están ilusionados**, aunque **no de forma excesiva**, con la llegada de su futuro nieto.
9. Los **futuros abuelos no aprueban algunas de las decisiones** que sus hijas toman, de hecho critican ocasionalmente algunas de estas decisiones (30% de la muestra). Casi el 43% de las gestantes entiende que se trata solo de una realidad esporádica el que los abuelos esperen a sus nietos, pues solo ocurre *“a veces”* y por tanto, identificamos que las gestantes necesitan sentirse más apoyadas por ellos.

13.3. Conclusiones obtenidas a partir del análisis inferencial de hipótesis formuladas en Cuestionario de Evaluación Prenatal.

1. El que la gestante adolescente considere que el momento en el que se ha quedado embarazada sea *“un buen momento”* se relacionará positiva y significativamente y además podrá predecir una **mayor aceptación del embarazo.**
2. El hecho de que la gestante adolescente pueda **afrentar fácilmente las molestias** del embarazo se relacionará positivamente y podrá predecir una **mayor aceptación del mismo.**
3. El que la gestante adolescente **hable con su pareja con frecuencia del bebé** que ambos esperan, se relacionará positivamente y podrá predecir **mayor adaptación al embarazo.**

4. El hecho de que la gestante adolescente pueda **contar con el soporte de su pareja** durante el parto se relacionará positivamente y predecirá mayor **adaptación al embarazo**.
5. El que a la gestante **le cueste aceptar el embarazo** se relacionará positivamente y predecirá una **menor adaptación** al embarazo.
6. El hecho de que la gestante considere que el **embarazo está siendo fácil de afrontar** se relacionará positivamente y predecirá mayor **aceptación del mismo**.
7. El que la gestante adolescente **desea no estar embarazada** se relacionará positivamente con una **menor aceptación del embarazo**.
8. El hecho de que la gestante adolescente **cuenta con la pareja** para compartir el cuidado del bebé predice una mayor **adaptación al embarazo**. El que la gestante adolescente **acepte mejor el embarazo** predice también una mayor **adaptación al mismo**.
9. El que la gestante adolescente se identifique con el **rol materno** revelará significativamente mayor **adaptación al embarazo**.

13.4. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo de la valoración del matrimonio de los padres de las gestantes y el afecto recibido por ellos en la infancia (Vallejo, 1998).

Aunque estéticamente habría sido mejor simplificar las conclusiones que a continuación se señalan, nos ha sido imposible, debido a la gran variabilidad de respuestas recibidas en la muestra. Ante esta circunstancia, nos vemos obligados a exponer la información de forma pormenorizada, sin poder en muchos casos generalizar.

- ❖ Gran parte de la muestra (41,1%) asiente que “a menudo” sus padres discutían exageradamente, mientras únicamente 7 de ellas reconocieron que “nunca” discutían de ese modo.
- ❖ Respecto a la confianza mutua parental, encontramos diferencias entre gestantes. Destacamos por ejemplo, que el 30,4% de la muestra expone que “a veces” sus padres confiaban el uno en el otro.
- ❖ Algunas gestantes recuerdan cómo en su infancia “a veces” sus padres pasaban mucho tiempo con ellas (30,4%).

- ❖ El 32,1% declara que sólo “a veces” se producían manifestaciones de cariño por parte de sus padres, seguido de las que recuerdan que “muy a menudo” tenían lugar dichas manifestaciones (21,4%).
- ❖ En lo que concierne al matrimonio de los padres, 24 gestantes manifiestan que “en unas cosas fue positivo y en otras negativo”. Únicamente dos de ellas lo consideraron extremadamente positivo.
- ❖ De toda la muestra, solo 6 gestantes señalan que “nunca” (2 gestantes) o “raramente” (4 de ellas) podían confiar fácilmente en sus padres.
- ❖ En el análisis del ítem “me pegaban aunque no lo mereciera” las gestantes han respondido en su mayoría que, o bien “nunca” o “a veces” recibían castigos físicos de sus padres sin merecerlos (73,2 %).
- ❖ Respecto a si sus padres les prestaban atención cuando eran niñas, gran parte de las gestantes enunciaron que “a veces” (21 gestantes), o “a menudo” (13 gestantes) los padres les prestaban una escasa atención.
- ❖ Las gestantes “a veces” y “a menudo” escuchaban de sus padres cosas agradables sobre ellas cuando tenían entre 7 y 12 años (33 gestantes en total).
- ❖ El 41,1% de las adolescentes declaró que “a menudo” sus padres disfrutaban estando cerca de ellas, seguidas del 26,8% que sostuvo que ocurría con menos frecuencia, es decir, solo “a veces”.
- ❖ Las manifestaciones paternas de protección expresadas por las participantes queda representada de forma muy heterogénea. Destacamos cómo 14 de ellas opinan que sus padres eran “a veces” excesivamente protectores y otras 13 expresan que lo eran “muy a menudo”.
- ❖ Respecto al sentimiento de sentirse como una carga, 16 gestantes proclamaron que “nunca” experimentaron verse como una carga, desafortunadamente, el resto, 31 de ellas, sí compartieron ese sentimiento. De esto se puede deducir, que las gestantes durante su infancia no se sintieron suficientemente valoradas por sus padres, incluso percibían que su presencia podía resultar en cierto modo incómoda.
- ❖ En lo que respecta a la demostración de sentimientos de afecto, gran parte de las adolescentes (21 gestantes) percibieron cariño por parte de sus padres, si bien, este cariño fue restringido a ocasiones determinadas.
- ❖ En cuanto a si lo que hacían era valorado por sus padres, únicamente 8 gestantes mantuvieron que “nunca” habían sentido que lo que hacían eran cosas importantes para sus padres y 10 de ellas manifestaron que “raramente” lo experimentaron.

- ❖ En lo que concierne a cómo fueron tratadas en la infancia, el 35,7% de los casos sintieron vergüenza “a menudo”, únicamente del total, 10 gestantes “nunca” se avergonzaron de sí mismas cuando hicieron algo inadecuado.

El experimentar dificultades en el seno familiar es una realidad bastante común entre las embarazadas adolescentes de la muestra. Si bien, y a pesar de que estos ítems han plasmado una gran variabilidad de respuestas, es evidente que los resultados prueban la existencia de carencias afectivas, que han podido desembocar en que las gestantes a veces pudieron percibirse como una carga o se avergonzaron de sus propios actos cuando eran niñas.

13.5. Conclusiones obtenidas a partir del análisis descriptivo de los rasgos emocionales de personalidad (Vallejo, 1998)

Nuestros resultados evidencian que el embarazo ha tenido repercusiones importantes en la esfera de la personalidad. En este sentido, hemos identificado la presencia de impulsividad en muchas de ellas y se ha detectado la presencia de ciertos temores, inquietudes y pensamientos autoinculpatorios, que aunque no son generalizables a toda la muestra, sí han predominado en ella. Por otra parte, aunque la mayoría ha experimentado alegría en algún momento de su existencia, sí que observamos en muchas de ellas cierta actitud pesimista ante situaciones que se plantearon en los cuestionarios.

El recorrido descriptivo realizado a través de los datos recopilados en torno a los rasgos emocionales de personalidad, nos ha posibilitado poder estructurar algunas conclusiones que a continuación se presentan:

- En cuanto al *sentimiento de inutilidad que pueden experimentar*, podemos verificar que el 78,6% de las gestantes se reconocen en él “a medias” o “completamente”.
- *En el análisis de la impulsividad que puede presentar la gestante*, concluimos que la gran mayoría de nuestra muestra se describe como impulsiva.
- En lo que concierne a si la gestante *es violenta y destemplada*, determinamos que gran parte de la muestra sí se considera así (42,9%).
- En lo que respecta a si establecen una *intensa relación afectiva con sus amigos*, el 51,8% declara establecer relaciones intensas y otro 42,9% lo manifiesta “a medias”.

- Si analizamos el ítem relacionado con la aparición de *“ideas malas en la cabeza”*, a únicamente 10 de ellas no les suelen aparecer este tipo de ideas.
- En el análisis de *la pérdida de interés en aspectos cotidianos (“últimamente han perdido el interés por las cosas que les ilusionaban”)*, confirmamos que casi la mitad de las gestantes (24 de ellas) sí han perdido interés.
- En el análisis de *los sueños*, algo más de la mitad muestral (51,8%) alega tener sueños tan malos que se levantan agotadas.
- En la exploración de *los afectos, en torno a la calidez y frialdad de la gestante*, el 44,6% de ellas enunció que *“a medias”* se percibían frías y distantes, frente al 32,1% que no se reconoció en esa frialdad.
- En lo que concierne *al pesimismo durante la gestación (“últimamente siempre espero lo peor aunque no sé lo que puede ser”)*, los porcentajes están muy repartidos e identificamos gestantes que sí esperan lo peor y otras que no. Superan ligeramente el porcentaje de las adolescentes optimistas (41,1%).

Asimismo debemos dejar constancia de que algunas características propias de la adolescencia se van a reflejar irremediabilmente en nuestras gestantes. Por esta razón, algunas participantes encuentran cierta dificultad para definirse a sí mismas, así como con frecuencia, se exhiben ambivalentes al caracterizar relaciones o al describir personas (ver en anexos estudio de un caso).

En este sentido, dadas las experiencias y predisposiciones biológicas propias de la adolescencia (Foelsch, 2014), y en nuestro caso, unidas a las experiencias relacionadas con la gestación que están experimentando, a algunas adolescentes les resulta bastante difícil lograr una identidad integrada y adaptable, perdiendo cierta capacidad para definir su personalidad.

A partir de la información cualitativa recogida (ver entrevistas y estudio de un caso en Anexos), aunque no es posible aseverar directamente la presencia de *“patologías de personalidad graves”* sí que se percibe cierto *“caos”* en la muestra en cuanto a su capacidad para funcionar y adaptarse a determinados contextos (familiares, educativos, de amistad...). Pamela A. Foelsch sostiene en este sentido que, consolidar la identidad sería una de las tareas más importantes en el desarrollo de una adolescencia normal. Esta identidad le permitirá al adolescente entablar amistades gratificantes (no se

han identificado muchos casos en las entrevistas) interactuar con sus padres y profesores de manera adecuada, y también, establecer nuevas relaciones.

13.6. Conclusiones extraídas a partir del análisis de las correlaciones en: Cuestionario de Evaluación Prenatal, Cuestionario de Valoración de Matrimonio de los padres y afecto recibido por ellos en la infancia y Cuestionario de Rasgos Emocionales de Personalidad.

Basándonos en los resultados presentados en anteriores capítulos, a continuación se reflejarán algunas conclusiones que revelan diferentes aspectos psicosociales del matrimonio de sus padres y del afecto recibido por ellos en la infancia. Todas estas conclusiones han sido efectuadas a partir de correlaciones que aunque no fueron muy altas, sí contribuyeron a esclarecer datos interesantes para la investigación. Toda la información que se detalla sobre el matrimonio de los padres y el afecto que recibieron de ellos en la infancia procede de su propia percepción o valoración.

- ❖ **La valoración positiva que realizan sobre el matrimonio de sus padres** va a correlacionar positivamente con la descripción positiva que efectúen de las manifestaciones de cariño que se dispensaban sus progenitores, y también con la valoración que han realizado sobre si se sintieron queridas y deseadas por éstos durante esa infancia.
- ❖ **La percepción de que sus padres confiaban el uno en el otro cuando era una niña** correlacionaría negativamente con las discusiones que de forma exagerada mantendrían los padres durante la infancia de su hija, con la escasa atención que prestaban a la misma y con el hecho de que últimamente la gestante espere lo peor aunque no sepa qué puede ser.
- ❖ En cuanto a si las gestantes recuerdan **manifestaciones de cariño entre sus progenitores en la infancia**, hallamos que éstas correlacionarían positivamente con la calificación que puedan hacer del matrimonio de sus padres durante su infancia, así como con el poder confiar fácilmente en ellos y con la valoración que pueden realizar sobre si éstos decían cosas agradables de ellas. Este ítem correlacionaría negativamente con el hecho de que los padres prestasen muy poca atención a sus hijas y con el hecho de que a la gestante le cueste aceptar el embarazo.
- ❖ **En lo que respecta a si recibían castigos físicos sin merecerlos**, éstos correlacionarían positivamente con el que las gestantes se viesen como una carga

para sus padres durante su infancia y con una mayor dificultad para aceptar su embarazo.

- ❖ El hecho de que las gestantes percibieran que **sus padres decían cosas agradables de ellas cuando eran niñas** correlaciona positivamente con el que también se sintieran queridas y deseadas en su infancia y también con el hecho de sentir que lo que hacían por aquel entonces, eran cosas importantes.
- ❖ El que la gestante considere que **el momento en el que se ha quedado embarazada es en general un buen momento**, correlaciona negativamente con esperar lo peor en el embarazo y con sentir que decepcionó a personas que confiaban en ella.
- ❖ **Respecto al apoyo que proporciona la pareja cuando la gestante en su embarazo se siente nerviosa y alterada**, observamos que correlaciona de forma positiva con el poder hablar con la pareja de lo que le preocupa o interesa, con la confianza que manifiesta hacia su pareja y con la aceptación por parte de ésta sobre su forma de ser.
- ❖ **El ánimo que proporciona la madre de la gestante a su hija cuando ésta lo necesita durante el embarazo** correlaciona positivamente con el que la madre hable con ella de lo que le preocupa y le interesa a su hija y con el que acepte a su hija tal y cómo es.
- ❖ El hecho de que **a la gestante le cueste aceptar este embarazo** se relacionará positivamente con el que durante su infancia sus padres la castigaran físicamente aunque no lo mereciera y por otra parte, correlaciona negativamente con el recordar que sus padres se manifestaban cariño cuando era una niña.
- ❖ El considerar que esta gestación está siendo **una gestación fácil de afrontar** va a correlacionar positivamente con el que la pareja acepte a la gestante tal y cómo es.
- ❖ En lo que respecta al ítem **“ojalá no estuviera embarazada”** podemos afirmar que se relaciona positivamente con el que la gestante cuando era niña se percibiera como una carga para sus padres, y negativamente, con el hecho de que la pareja demuestre a la gestante que la quiere tal y cómo es.
- ❖ El hecho de que **la gestante crea que puede ser una buena madre** correlaciona positivamente con que su padre le demuestre que la quiere.
- ❖ **El que la gestante se sienta feliz con el embarazo**, se relaciona positivamente con el hecho de que pueda fiarse de sus padres, de su pareja, así como se relaciona positivamente con el que los padres demuestren a su hija que la quieren. El estar

feliz con el embarazo correlaciona significativamente y negativamente con el haber recibido daño físico en la infancia.

- ❖ El que **el padre esté contento con el embarazo** se relaciona significativamente y positivamente con que la gestante pueda fiarse de él, con que su padre pueda darle ánimos cuando duda de sí misma y con el hecho de que hable con ella de lo que le preocupa o le interesa. Asimismo, también correlaciona positivamente con el hecho de que pueda apoyarla en todo lo que hace.
- ❖ **El hecho de que la gestante se sintiera querida y deseada** por parte de sus padres durante su infancia correlaciona positivamente con la valoración positiva que ésta puede hacer del matrimonio de sus padres y también con sentir que lo que hacía cuando era niña, eran cosas importantes.
- ❖ El que a la gestante **le aparezcan “ideas malas en la cabeza”** correlaciona positivamente con el hecho de que últimamente ha perdido interés por las cosas que le ilusionaban y que últimamente espere lo peor aunque no sepa lo que puede ser.
- ❖ **El creer que realmente la vida no merece la pena** correlaciona positivamente con la dificultad para aceptar el embarazo y con la aparición de “ideas malas en la cabeza”. Por otra parte, correlaciona negativamente con el valorar positivamente el matrimonio de los padres y con el poder confiar fácilmente en ellos.

13.7. Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial

Basándonos en los resultados que ya formulamos en anteriores capítulos, a continuación serán delimitadas algunas conclusiones relacionadas con ellos, que además emanan de los distintos diseños factoriales.

Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial realizado en torno al apoyo materno y de pareja en relación a la adaptación al embarazo

La gestante que no disfrute de una relación de pareja con el padre de su futuro bebé, mantendrá una adaptación al embarazo menor que el resto de gestantes. No obstante, no existen diferencias significativas en cuanto a adaptación al embarazo se refiere, entre las gestantes que mantienen una relación con altibajos y las que mantienen buena relación. La razón de que no existan diferencias significativas entre las que mantienen “buena relación” y una “relación con altibajos”, podría deberse a que las gestantes que no gozan de una buena relación pueden haberse habituado a tener

discusiones y haberse adaptado igualmente al embarazo, tanto como las que dicen mantener buena relación con ellos.

Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial realizado en torno a la valoración del matrimonio y el afecto recibido en la infancia por parte sus padres en relación a la adaptación al embarazo

Existen diferencias en cuanto a adaptación a la gestación se refiere, entre las gestantes que valoran el matrimonio de sus padres como pésimo y las que lo valoran como satisfactorio, siendo esta adaptación mayor para las últimas. Asimismo, existen diferencias significativas entre las gestantes que expresan no haberse sentido nada queridas ni deseadas por sus progenitores y entre las que se han sentido sólo a veces queridas y deseadas, siendo la adaptación mayor para las segundas.

Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial realizado en torno al pesimismo y decepción gestante en relación a la adaptación a la gestación

Existen diferencias significativas entre las gestantes que piensan que la vida merece la pena y las que únicamente lo creen a medias, o entre las primeras y las que definitivamente no lo consideran. En ambos casos, es mayor la adaptación en aquellas que ofrecen sentido positivo a la vida. Por otra parte, podemos dilucidar que el sentimiento de decepción gestante con personas significativas para ellas, no va a determinar la mayor o menor adaptación al embarazo que puedan experimentar.

Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial realizado en torno a la calidad de la relación que mantienen con el padre y la edad en relación a la adaptación al embarazo

Existen diferencias significativas en cuanto a adaptación al embarazo se refiere, entre las gestantes que mantienen mala o regular relación con sus padres y las que no tienen ninguna relación, siendo la adaptación mayor para las primeras. Simultáneamente, no podemos evidenciar que la edad correlacione significativamente en nuestra muestra con la adaptación al embarazo.

Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial realizado en torno a la aceptación y preocupación por el parto en relación a la adaptación al proceso gestacional

Las gestantes que muestran una alta aceptación del embarazo manifestarán también un nivel de adaptación mayor que las que mantienen una aceptación media y estas últimas, a su vez mayor que las que mantienen una baja aceptación. Al mismo

tiempo, existen también diferencias significativas en cuanto a adaptación se refiere, entre las gestantes que manifiestan una excesiva preocupación por el parto (su adaptación será mayor) y las que reflejan una baja preocupación (su adaptación será menor).

Asimismo es posible inferir, que la preocupación durante el embarazo va a determinar la adaptación al igual que la aceptación.

Conclusiones extraídas a partir del diseño factorial realizado sobre la identificación con el rol materno y preparación al parto en la adaptación al proceso gestacional

La adaptación al embarazo de aquellas gestantes que hayan alcanzado un alto nivel de identificación con el rol materno durante su embarazo, será significativamente mayor que la adaptación de aquellas que mantienen una identificación media, y éstas a su vez menor, que las que mantienen una baja identificación. No podemos confirmar que las gestantes que mantengan una baja preparación al parto manifiesten un nivel de adaptación significativamente menor al embarazo.

Dado que nos situamos en una temática especialmente compleja y heterogénea, todas estas conclusiones ofrecidas junto a las que a continuación se van a aportar, pueden no ser extrapolables a todo el grueso de la población, al menos, hasta que no sean ampliamente replicadas por futuros autores.

- ✚ El embarazo en la adolescencia no siempre es “**no planificado**”.
- ✚ **Asumir el rol materno como proyecto de vida se atisba difícil**, pero se da en la mayoría de los casos estudiados.
- ✚ La **adaptación al embarazo es posible** y no lo impide de forma irrevocable la corta edad de la gestante o la no planificación inicial de su embarazo.
- ✚ Gracias al **estudio del caso** (ver en anexos el estudio de un caso) y a las **entrevistas**, podemos dilucidar que en *algunas familias de gestantes* es posible hallar *diferencias de roles entre sus miembros*.
- ✚ **Las gestantes no valoran el matrimonio de sus padres y el afecto recibido por parte de ellos de forma excesivamente positiva**. Muchas gestantes de la muestra *no se sintieron muy valoradas por ellos* en su infancia.

- ✚ Predomina **una ambivalencia afectiva**: gestantes que *aman y odian* a la vez y se sienten *vacías y llenas* en la misma medida. Las gestantes a menudo revelan sentirse apoyadas, pero por otra parte, no dudan en expresar que podían estarlo más y mejor.
- ✚ La **maternidad en la adolescencia** tiene *consecuencias sociales, económicas y de salud* importantes no solo *para ellas*, sino también *para sus familia, para sus hijos y para la sociedad en general* (Milán, Ickovics, Kershaw, Lewis, Meade y Ethier, 2004; Savio et al., 2009).
- ✚ Algunas **gestantes compartieron opiniones sobre lo arduo y difícil que resultaba ser madre**. Sin embargo, contra todo pronóstico, también reflejaron alegría, ilusión e incluso plenitud al aproximarse el momento de dar a luz (ver en Anexos el estudio de un caso).

A través de Figura 13.1 se puede obtener una visión general de todo lo explorado en este trabajo, tanto a nivel descriptivo como a nivel inferencial.

Figura 13.1 Adaptación al embarazo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información proporcionada en el marco teórico y resultados obtenidos mediante análisis de datos.

Los resultados han puesto de manifiesto cómo la adolescencia influye en el modo de expresión y en la verbalización de la situación y circunstancia de gestación, así como también influye, la presencia de contextos condicionantes en la gestación, contextos en los que los problemas familiares interactuarán junto con otros problemas sociales, culturales, económicos y personales. *Todos ellos influyen por implicación, en lo que significa una gestación en la adolescencia.*

Capítulo 14

CAPÍTULO 14. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

La información revelada en capítulos precedentes, a merced del presente diseño de investigación, ha posibilitado poder ir desgranando toda una serie de conclusiones relevantes que nos han orientado a alcanzar nuestras metas iniciales. En este capítulo se argumentarán, por un lado, las principales limitaciones que se derivan de esta investigación y que han de ser tenidas en consideración al valorar e interpretar los datos, y por otro lado, las futuras líneas de investigación que emanan de estas conclusiones.

Esta investigación plantea una limitación principal fundamentada en que la muestra ha sido bastante heterogénea y reducida. No se trata de una muestra representativa de la población general, por lo que sus resultados no pueden generalizarse a toda ella. Resultaría interesante replicar este estudio con una muestra mayor y con una mayor diferencia muestral en cuanto a variables como la etnia o la disponibilidad de recursos tecnológicos.

Sería interesante incluir al mismo tiempo, la exploración de modificaciones que pueden tener lugar en estas adolescentes tras haber dado a luz, lo que posibilitaría tener una visión más amplia de la importancia e influencia de los cambios que se producen en la gestación, respecto a la futura maternidad y al desarrollo infantil.

Los resultados de este trabajo resaltan la imperiosa necesidad de formar en materia de sexualidad a la población adolescente y joven. Una forma de lograrlo sería mediante una inclusión en la docencia reglada de programas formativos más atractivos y eficaces, que tengan además como finalidad prevenir embarazos no deseados.

Tras esta argumentación, podemos advertir además, que un apoyo psicopedagógico personalizado o incluso un programa basado en reuniones grupales destinado sólo a adolescentes embarazadas, puede ser un factor esencial en el proceso gestacional. Este apoyo psicopedagógico podría condicionar y anticipar la identificación de la gestante con el rol materno antes del nacimiento del bebé y favorecer así, su ilusión y preparación al parto y maternidad.

De todo este conjunto de realidades explicitadas, se constata que la atención a estas gestantes no debe reducirse exclusivamente al ámbito familiar y social más próximo. Profesores y orientadores han de renovar también su atención a la diversidad, no quedándose anclados en atender a la diversidad fundamentada esencialmente en alumnos con necesidades educativas especiales. Además, en el caso de que el embarazo sea una realidad en un centro, éste debería poner en marcha una intervención a tiempo, haciendo eficaz y posible un compromiso serio hacia nuevas líneas de trabajo más abiertas y enriquecedoras.

En este sentido, este trabajo de investigación ha posibilitado sentar las bases del diseño de un programa psicosocial que está destinado a estas gestantes adolescentes. El programa propone ayudar a cada una de ellas a lograr la ansiada adaptación a la vida maternal, y con ello, facilitar su acceso a formación en materia de maternidad.

Este programa fomentaría una orientación eficaz y de él se esperaría que las gestantes alcanzasen mayor nivel de optimismo de cara a la maternidad, y fuesen más autónomas e independientes. Por tal motivo, asumimos con él, el objetivo modesto de mejorar su adaptación a la vida maternal, y por consiguiente, empoderar su competencia materna evitando negligencias en el futuro cuidado de su bebé.

Puedo apuntalar sin temor a equivocarme, que explorar el desarrollo psicosocial de una gestante adolescente, junto con el resto de variables que la implican y afectan, constituye toda una hazaña de investigación, que limita por un lado al investigador, al no poder profundizar en toda su realidad y complejidad; y por otro, al no poder aseverar ni generalizar a la población, las conclusiones que se derivan de una realidad tan diversa.

Indagar en este ámbito de estudio, tan concreto y tan amplio a la vez, tan heterogéneo, pero con tantas cosas en común, supone todo un reto. Razón de ser, para que cualquier investigación que arroje la más mínima luz al tema, se convierta en un *“pequeño-gran avance”* para ellas, no sólo a nivel psicoeducativo o social, sino también a nivel personal. De este modo, el participar activamente como muestra en una investigación de este tipo, permite a la futura madre *“sentirse escuchada”*, pudiendo además así, expresar libremente sus deseos y expectativas. Solo de este modo, favorecemos que la investigación se concrete en *“un relato fiel de lo que ellas desean revelar y de lo que son”*.

Como apuntaba Kait (2007), es difícil hacer un recorrido preciso que delimite qué es embarazo y qué es adolescencia. Si bien, una vez que nos hemos adentrado en el tema de “*la gestación en la adolescencia*”, hemos podido comprobar cómo algunas de sus características convivirán en perfecta sintonía, siendo conscientes de que *gestación y adolescencia* se vuelven una realidad única cuando confluyen en la misma persona.

Más allá de constituir un tema complejo, serio y profundo, “*la gestación en la adolescencia*” no deja de ser un tema profundamente emocional, donde las gestantes no se muestran frías, indiferentes en sus respuestas, pues, relatan un hecho tan vivo y natural como es “*ser madre*”, y tan delicado a su vez, como es reconocer y asistir durante nueve meses a una gran evolución personal, tan poco común y tan trascendental como su propia idiosincrasia.

Si bien, muchas “*pasarán de puntillas*” por estos nueve meses, “*no pudiendo o no queriendo ser conscientes*” de lo que les depara el futuro y de los cambios que se aproximan. En este caso, la investigación supone para ellas, una “*pista en el camino*”, es un “*abrir los ojos*”, una “*apertura a una trascendencia*”, para muchas, desconocida hasta el momento.

Nuestra realidad objeto de investigación ha venido marcada por el reflejo de unas mujeres adolescentes, que por sus necesidades vitales y sociales de progreso, ante un inesperado y prematuro embarazo, han podido sentirse de algún modo frustradas o desesperanzadas, así como han visto truncados sus proyectos vitales (Casanueva, 2013). Sin embargo, a lo largo del proceso de gestación, “*algo ha sucedido*” para que muchas de ellas consigan aceptar el embarazo y por tanto, lleguen a considerar a su futuro hijo como “*su nuevo proyecto de vida*” y además “*origen de sus deseos*”. Nuestro esfuerzo, por tanto, emanaba de dar respuestas de aproximación a ese “*algo*”, tan difícil de delimitar o concretar como el hecho de ser capaz de generar una imagen única particular de la “*gestación en la adolescencia*”.

En este proceso de investigación, la variable “*tiempo*” se ha impuesto. Pues, el ser madre requiere su tiempo, “*tiempo*” para que la gestante progresivamente pueda ir tomando conciencia de que ese futuro hijo tendrá vida propia y “*tiempo*” para poder ser consciente de que será su hijo, quien la ha de necesitar a ella, a pesar de que ella, tal y como ocurre en frecuentes ocasiones, necesite también al propio hijo para dar respuesta a su existencia (Kait, 2007).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abad, V., & Williams, K. (2006). Early intervention music therapy for adolescent mothers and their children. *British journal of music therapy*, 20(1), 31-38.
- Agostini, C. A., & Willington, M. (2016). Acceso y uso de internet: evolución y factores determinantes. *Persona y sociedad*, 26(1), 11-42.
- Aguiar, A.M. (2009). *Fazer um ser pelo nascer! A influencia do método psicoprofilático na preparação para o nascimento*. (Tesis de doctorado). Universidad de Évora, Évora. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10174/11116> a fecha de 18 de agosto de 2016.
- Aguirre, Á. (1989). *Preparación a la maternidad*. Madrid: Morata.
- Albritton, T., Angley, M., Gibson, C., Sipsma, H., & Kershaw, T. (2015). Mental Health Utilization Among Diverse Parenting Young Couples. *American journal of community psychology*, 56(1-2), 89-100.
- Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I., & Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 20(3), 189-209.
- Alfaro, N. A., Farías, M. V., Figueroa, I. V., & Sánchez, A. G. (2006). Algunos aspectos históricos de la atención al embarazo. *Investigación En Salud*, 8(1), 50-53.
- Alio, A. P., Mbah, A. K., Grunsten, R. A., & Salihu, H. M. (2011). Teenage pregnancy and the influence of paternal involvement on fetal outcomes. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 24(6), 404-409.
- Allca, G. (2007). Adolescente embarazada: Condiciones personales y expectativas futuras de desarrollo personal. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 5(2), 110-120.

- Alleyne-Green, B., Grinnell-Davis, C., Clark, T. T., Quinn, C. R., & Cryer-Coupet, Q. R. (2016). Father involvement, dating violence, and sexual risk behaviors among a national sample of adolescent females. *Journal of interpersonal violence, 31*(5), 810-830.
- Alvarado, R., Rojas, M., Monardes, J., Perucca, E., Neves, E., Olea, E., & Vera, A. (2000). Cuadros depresivos en el postparto en una cohorte de embarazadas: Construcción de un modelo causal. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 38*(2), 84-93.
- Álvarez Nieto, C., Pastor Moreno, G., Linares Abad, M., Serrano Martos, J., & Rodríguez Olalla, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria, 26*(6), 497-503.
- Amar, J. J. A., & Jiménez, B. H. (2005). Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras. *Psicología desde el Caribe: revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte, 15*(1), 1-17.
- Amazarray, M. R., Gomes, W. B., Machado, P. S., & Oliveira, V. Z. (1998). A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(3), 431-440.
- Angulo, J., Eguizabal, J., & García, M. (2008). Sexualidad y erotismo en la prehistoria. *Revista Internacional De Andrología, 6*(2), 127-139.
- Antona Rodríguez, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles Del Psicólogo: Revista Del Colegio Oficial De Psicólogos, 84*(1), 1-9.
- Aparicio, N. A. S., Dosa, G. E. T., Guzmán, L. J. B., Gómez, L. V. E., & Noriega, S. C. M. (2011). Efectividad de la funcionalidad familiar con padre adolescente en San Gil. *Revista salud UIS, 43*(1), 63-69.
- Aracena, M., Krause, M., Pérez, J. C., Bedregal, P., Undurraga, C., & Alamo, N. (2012). Efectos de mediano plazo de un programa de intervención para madres adolescentes. *Atención Primaria, 45*(3), 157-164.

- Araújo, A.P., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M.C., & Dattilio, F. (2011) Ecological Contexts in Adolescent Pregnancy: The Role of Individual, Sociodemographic, Familial and Relational Variables in Understanding Risk of Occurrence and Adjustment Patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 107-127.
- Arce, R., Novo, M., & Carballal, A. (2003). Sensibilización acerca de las consecuencias negativas que provoca el conflicto interparental sobre los hijos. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología de la Educación*, 10, 1138-2663.
- Argote, L. Á., & Vásquez, M. L. (2007). Ante la desesperanza del desplazamiento: un hijo sano, el mayor anhelo de la mujer gestante. *Colombia Médica*, 38(4), 27-43.
- Armengol, A., Chamarro, A. C., & García-Dié, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25-32.
- Arney, W. R., & Bergen, B. J. (1984). Power and visibility: The invention of teenage pregnancy. *Social Science & Medicine*, 18(1), 11-19.
- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of personality and social psychology*, 63(4), 596.
- Aryan, A. (2008). Clínica y práctica psicoanalítica con púberes y adolescentes. *Controversias en psicoanálisis de niños y adolescentes*, (2), 35-49.
- Ashcraft, C. (2006). "Girl, you better go get you a condom": Popular culture and teen sexuality as resources for critical multicultural curriculum. *Teachers College Record*, 108(10), 2145-2186.
- Asheer, S., Berger, A., Meckstroth, A., Kisker, E., & Keating, B. (2014). Engaging pregnant and parenting teens: Early challenges and lessons learned from the evaluation of adolescent pregnancy prevention approaches. *Journal of Adolescent Health*, 54(3), 84-91.
- Atkinson, L. D., & Peden-McAlpine, C. J. (2014). Advancing adolescent maternal development: A grounded theory. *Journal of pediatric nursing*, 29(2), 168-176.

- Atuyambe, L., Mirembe, F., Annika, J., Kirumira, E. K., & Faxelid, E. (2009). Seeking safety and empathy: Adolescent health seeking behavior during pregnancy and early motherhood in central Uganda. *Journal of Adolescence*, 32(4), 781-796.
- Ávila Gálvez, E., Cid Santana, M., García Imia, I., Lorenzo González, A., & Rodríguez, P. (2002). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Pediatría*, 74(4), 10-21.
- Ávila, S. C., Maldonado, C., Saldarriaga, L. M., Veja, L., & Díaz, S. (2004). Patrones de Apego em Familias de três generacionaes: abuela, madre adolescente, hijo. *Rev Latinoamericana Psicol*, 36(3), 409-430.
- Avilés Hernández, M. (2015). La monoparentalidad masculina en España (Vol. 287). CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ayadi, M. F., Kuo, T., Adams, E. K., & Gavin, N. I. (2012). Contraceptive use among medicaid-covered teens and risk of teen conception: A longitudinal study. *Journal of Women's Health*, 21(2), 146-153.
- Baena Rivero, A., Alba, A., Jaramillo, M. C., Quiroga, S. C., & Luque, L. (2012). Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: Una investigación documental. *Atención Familiar*, 19(4), 82-85.
- Baikie, K. A., & Wilhelm, K. (2005). Emotional and physical health benefits of expressive writing. *Advances in psychiatric treatment*, 11(5), 338-346.
- Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in Internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29(3), 155-196.
- Baraldi, A. C. P., Daud, Z. P., Almeida, A. M. D., Gomes, F. A., & Nakano, A. M. S. (2007). Adolescent pregnancy: a comparative study between mothers who use public and private health systems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(SPE), 799-805.
- Barceló Martínez, M. (2016). *El embarazo en la adolescencia* (Trabajo fin de Grado en Psicología). Universidad Miguel Hernández. Elche. Recuperado de:

<http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3013/1/TFG%20Barcel%C3%B3%20Mart%C3%ADnez%2c%20Marina.pdf> A fecha de 28 de noviembre de 2016.

Barlow, A., Mullany, B., Neault, N., Compton, S., Carter, A., Hastings, R., & Walkup, J. T. (2013). Effect of a paraprofessional home-visiting intervention on american indian teen mothers' and infants' behavioral risks: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *170*(1), 83-93.

Barrera, M. (1986). Distinctions between Social Support Concepts, Measures and Models. *American Journal of Community Psychology*, *4*(4), 413-445.

Barrera, F., Sarmiento, E., & Trujillo, E. V. (2004). Relación de las actitudes personales y de la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. *Revista de Estudios Sociales*, *2* (17), 56-66.

Bartlett, Y. K., & Coulson, N. S. (2011). An investigation into the empowerment effects of using online support groups and how this affects health professional/patient communication. *Patient education and counseling*, *83*(1), 113-119.

Basch, C. E. (2011). Teen pregnancy and the achievement gap among urban minority youth. *Journal of School Health*, *81*(10), 614-618.

Basilio, C. I. S. (2016). Percepciones de la Paternidad en los varones adolescentes de la Comunidad de Madrid. *NURE Investigación*, *13*(80), 1-17.

Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2006). Exploratory factor analysis of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(2), 99-105.

Becker-Lausen, E., & Rickel, A. U. (1995). Integration of teen pregnancy and child abuse research: Identifying mediator variables for pregnancy outcome. *Journal of Primary Prevention*, *16*(1), 39-53.

Bedoya, M. E. A. (2011). Exposición a violencia intrafamiliar de 60 adolescentes gestantes y opiniones de éstas acerca de las pautas de crianza que usarán con su hijo/hija. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, *21*(21), 31-45.

- Bell, C. A., Casto, G., & Daniels, D. S. (1983). Ameliorating the impact of teen-age pregnancy on parent and child. *Child Welfare, 62*(2), 167-173.
- Benson, M. J. (2004). After the adolescent pregnancy: Parents, teens, and families. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21*(5), 435-455.
- Berbey, R., Manduley, A., & Vigil-De Gracia, P. (2001). Counting fetal movements as a universal test for fetal wellbeing. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 74*(3), 293-295.
- Berg V. , Rotkirch A. , H. Väisänen y Jokela M. (2013) Berg V., Rotkirch A., Väisänen H. & Jokela M. (2013) Personality is differentially associated with planned and non-planned pregnancies. *Journal of Research in Personality, 47*(4), 296–305.
- Bergman, K., Sarkar, P., O'CONNOR, T. G., Modi, N., & Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(11), 1454-1463.
- Betancur, M. R., Villamizar, R. M., & Nieto, C. Á. (2016). El papel de la familia en la normalización del embarazo a temprana edad/The role of the family in the normalization of the pregnancy at an early age. *Revista Encuentros, 14*(1), 140-149.
- Bjorn, M. N., de Jesus, S. N., & Morales, M. (2013). Estratégias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la Salud. *Clinica y Salud, 24*(2), 77-83.
- Black, A. Y., Fleming, N. A., & Rome, E. S. (2012). Pregnancy in adolescents. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 23*(1), 123-138.
- Black, M. M., & Nitz, K. (1996). Grandmother co-residence, parenting, and child development among low income, urban teen mothers. *Journal of Adolescent Health, 18*(3), 218-226.
- Blanco Mayor, C., Miñambres, A., & Miranda Alonso, T. (2002). *Pensando el cuerpo, pensando desde un cuerpo*. Popular Libros: Albacete.

- Blázquez-Morales, M. S. L., Torres-Férman, I. A., Pavón-León, M. P., del Carmen Gogeoascoechea-Trejo, M. M., & Blázquez-Domínguez, M. C. R. (2010). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, *16*(1), 883-890.
- Blinn-Pike, L., & Mingus, S. (2000). The internal consistency of the Child Abuse Potential Inventory with adolescent mothers. *Journal of Adolescence*, *23*(1), 107-111.
- Block, R. W., Saltzman, S., & Block, S. (1981). Teenage pregnancy. *Advances in Pediatrics*, *28*, 75-98.
- Bluestein, D., & Starling, M. E. (1994). Helping pregnant teenagers. *Western Journal of Medicine*, *161*(2), 140-143.
- Blum, R. W., & Resnick, M. D. (1982). Adolescent sexual decision-making: Contraception, pregnancy, abortion, motherhood. *Pediatric Annals*, *11*(10), 797-805.
- Blunt-Vinti, H. D., Wheldon, C., McFarlane, M., Brogan, N., & Walsh-Buhi, E. R. (2016). Assessing relationship and sexual satisfaction in adolescent relationships formed online and offline. *Journal of Adolescent Health*, *58*(1), 11-16.
- Braconnier, A. (2010). La adolescencia hoy: ¿El fin del desarrollo? *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, *2*(49), 39-47.
- Bradford, K., Barber, B. K., Olsen, J. A., Maughan, S. L., Ericsson, L. D., Ward, D. y Stolz, H. E. (2004). A multinational study of interparental conflict, parenting, and adolescent functioning: South Africa, Bangladesh, China, India, Bosnia, Germany, Palestine, Colombia and the United States. *Marriage and Family Review*, *35*, 107-137.
- Brandyn-Dior M., Brown, E., & Howard Caldwell, C. (2012) Personal Mastery and Psychological Well-Being Among Young Grandmothers. *Journal of Women & Aging*, *24*(3), 177-193.

- Bravo, P. M., Figueras-Maz, M., & Gómez-Puertas, L. (2014). El ideal de madre en el siglo XXI. La representación de la maternidad en las revistas de familia. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20(1), 487-504.
- Brosh, J., Weigel, D., & Evans, W. (2009). Assessing the supports needed to help pregnant and parenting teens reach their educational and career goals. *Journal of Extension*, 47(1), 234-247.
- Brubaker, S. J., & Wright, C. (2006). Identity transformation and family caregiving: Narratives of african american teen mothers. *Journal of Marriage and Family*, 68(5), 1214-1228.
- Brunton, G. (2008). El embarazo adolescente y la paternidad: perspectivas globales, los problemas y las intervenciones, *Journal of Adolescence*, 31(5), 665-676.
- Buchholz, E. S., & Gol, B. (1986). More than playing house: A developmental perspective on the strengths in teenage motherhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 347.
- Bunting, L., & McAuley, C. (2004). Research review: Teenage pregnancy and parenthood: The role of fathers. *Child & Family Social Work*, 9(3), 295-303.
- Bute, J. J., Comer, K., Lauten, K. M., Sanematsu, H. Y., Moore, C. M., Lynch, D., & Chumbler, N. R. (2014). Implementation of a journal prototype for pregnant and parenting adolescents. *Evaluation and program planning*, 46, 122-130.
- Burton, L. M. (1990). Teenage childbearing as an alternative life-course strategy in multigeneration black families. *Human nature*, 1(2), 123-143.
- Buxarrais, M.R., Feixa, C., García-Mila, M., Garrido, V., Giner, A., Martí, E., Martín, M., Nomen, J., Paula, I., & Tei, A. (2012). *Adolescencia, aprendizaje y personalidad: Problemas y soluciones en la educación secundaria*. Madrid: Sello Editorial.
- Calderón J., Alzamora L. (2006) Estudio cualitativo sobre las relaciones de pareja y familiares vinculadas al embarazo en adolescentes. *Rev. Med. Vallejana*, 3(2), 97-106.

- Calesso, M. (2007). *Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada* (Tesis de doctorado). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de:
- <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5459/> a fecha de 19 de agosto de 2016.
- Calvo, M. (2015). Informe TFW. *La importancia de la figura paterna en la educación de los hijos: estabilidad familiar y desarrollo social*. Universidad Carlos III, Universidad de Harvard (Massachusetts) y Universidad William and Mary (Virginia).
- Camerena, P. M., Minor, K., Melmer, T., & Ferrie, C. (1998). The nature and support of adolescent mothers' life aspirations. *Family Relations*, 47, 129-137.
- Campos, A. C. S., Barbieri, M., Torloni, M. R., & Guazzelli, C. A. F. (2012). Does motherhood affect the quality of life of adolescents? *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 25(6), 380-383.
- Carañana, J. P. (2012). La misión de la universidad en la Edad Media: Servir a los altos estamentos y contribuir al desarrollo de las ciudades. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 34(2), 325-355.
- Cárdenas, W. M., López, J. Á., & Cortés, Á. (2015). El Embarazo Adolescente y la Construcción de Identidad. *Hallazgos*, 1(1), 186-207.
- Carli, V., Durkee, D. T. & Wasserman (2013). The association between the use of Internet pathological and the psychopathology comorbid: a review systematic. *Psicopatología*, 46, 1-13.
- Carmona-Monge, F. J., Marín-Morales, D., Peñacoba-Puente, C., Carretero-Abellán, I., & Moreno-Moure, M. A. (2012). Influencia de las estrategias de afrontamiento en las preocupaciones específicas del embarazo. *Anales De Psicología*, 28(2), 338-343.
- Carratalá Hurtado H. (2013). *Relación entre el divorcio de los padres y la conducta sexual en adolescentes españoles: análisis y propuesta de intervención* (Tesis de doctorado). Universidad Miguel Hernández de Elche, Elche. Recuperado de:

file:///C:/Users/Noelia/Downloads/31857_Carratala_Relacion-divorcio-2013.pdf A
fecha de 16 de agosto de 2015.

Cartelle, E. M. (2000). De la Antigüedad a la Edad Media: Medicina, magia y astrología latinas. *Cuadernos del CEMYR*, (8), 53-72.

Casanueva, N. C. (2015). Apoyos percibidos y deseos en la adolescente: factores que influyen en la felicidad durante el embarazo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 1(1), 111-122.

Casanueva, N., Fajardo, M. I., Regalado, A. B., Ruiz, M. I., & Fajardo, F. (2012). Comparación en la utilización de las redes sociales entre adolescentes embarazadas y no embarazadas. *Revista INFAD*, 1(1), 411-422.

Casper, L. M. (1990). Does family interaction prevent adolescent pregnancy? *Family Planning Perspectives*, 22(3), 109-114.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, (104), 107-123.

Cavazos-Rehg, P.A., Krauss, M.J., Spitznagel, E.L., Schootman, M., Cottler, L.B. & Bierut, L.J. (2012). Breve informe: Embarazada a los 15 años y el inicio de consumo de sustancias entre las niñas estadounidenses adolescentes. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1393-1397.

Ceballos, G., Suárez, Y., Arenas, K. & Salcero, N. (2013). Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. *Revista de Psicología de Antioquia*, 5(2), 1-14.

Cegarra, A., Quintero, O., & Hernández, M. (2001) Características socioeconómicas, familiares y psicosociales de la embarazada adolescente *Med. Fam.* 9(2), 112-116.

Chanes, C. W. (2000). Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México. *Papeles De Población*, 6(26), 43-87.

- Chase, E., Maxwell, C., Knight, A., & Aggleton, P. (2006). Pregnancy and parenthood among young people in and leaving care: What are the influencing factors, and what makes a difference in providing support? *Journal of Adolescence*, 29(3), 437-451.
- Chen, S. C., Telleen, S., & Chen, E. H. (1995). Adequacy of prenatal care of urban high school students. *Public Health Nursing*, 12(1), 47-52.
- Chen, S. C., Telleen, S. and Chen, E. H. (1995). Family and community support of urban pregnant students: support person, function, and parity. *Journal of Community Psychology*, 23, 28-33.
- Chen, X., Wen, S. W., Krewski, D., Fleming, N., Yang, Q., & Walker, M. C. (2008). Paternal age and adverse birth outcomes: Teenager or 40, who is at risk? *Human Reproduction*, 23(6), 1290-1296.
- Cheng, L. C. (2014). La adicción a Internet prevalencia y calidad de vida (real): Un meta-análisis de 31 países a través de siete regiones del mundo. *Cyberpsychology Behav Soc Serv*, 17, 755-760.
- Cherniss, C., & Herzog, E. (1996). Impact of home-based family therapy on maternal and child outcomes in disadvantaged adolescent mothers. *Family Relations*, 45(1), 72-79.
- Chouhy, R. (2013). Función paterna y familia monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre? *Psicología y Psicopedagogía*, 1(2), 1-8.
- Chowdhury, N. N., & Mukherjee, K. (1979). Sociological implications of pregnancy in unmarried teen-agers. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 29(2), 308-312.
- Cifrian, C. (1986). *La cuestión del aborto*, Barcelona, Icaria.
- Claes, M., Lacourse, E., Ercolani, A., Pierro, A., Leone, L., & Presaghi, F. (2005). Parenting, peer orientation, drug use, and antisocial behavior in late adolescence: A cross-national study. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 401-411.

- Clear, E. R., Williams, C. M., & Crosby, R. A. (2012). Female perceptions of male versus female intendedness at the time of teenage pregnancy. *Maternal and Child Health Journal, 16*(9), 1862-1869.
- Climent, G. I. (2015). Representaciones sociales, valores y prácticas parentales educativas: Perspectiva de madres de adolescentes embarazadas. *Revista de Estudios de Género. La ventana, 3*(23), 166-212.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(3), 300-314.
- Cobliner, W. G. (1974). Pregnancy in the single adolescent girl: The role of cognitive functions. *Journal of Youth and Adolescence, 3*(1), 17-29.
- Cochran, B., Stewart, A., Ginzler, J., Cauce, A. (2002). Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health, 92* (5), 773-777.
- Cohen, D., Lises, C., Williams, W., Brunson, C., & Batstone, T. (2011). Exploratory study to evaluate the provision of additional midwifery support to teenage mothers. *Public Health, 125*(9), 632-638.
- Coleman, J. (1994). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Morata.
- Coleman, J. C., & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata.
- Coley, R. L., & Chase-Lansdale, P. L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood: recent evidence and future directions. *American Psychologist, 53*(2), 152.
- Coll A. (1997). *Embarazo en la Adolescencia*. Clínicas Perinatológicas Argentina. Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
- Colomer Revuelta, J. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria, 15*(59), 261-269.

- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*, *127*(1), 87-127.
- Corcoran, J. (2001). Multi-systemic influences on the family functioning of teens attending pregnancy prevention programs. *Child & Adolescent Social Work Journal*, *5*(18), 37-49.
- Cordón-Colchón, J. (2008) Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas Profesión*, *9*(3), 6-12.
- Corona, H. F., & Peralta, V. E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *22*(1), 68-75.
- Corrales, J. C. (2011). Consideraciones sobre el aborto en la literatura hispánica bajomedieval (siglos XIII-XV). *Miscelánea Medieval Murciana*, *5* (3), 101-109.
- Cox, J. E., Bevill, L., Forsyth, J., Missal, S., Sherry, M., & Woods, E. R. (2005). Youth preferences for prenatal and parenting teen services. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *18*(3), 167-174.
- Creatsas, G., Goumalatsos, N., Deligeoroglou, E., Karagitsou, T., Calpaktsoglou, C., & Arefetz, N. (1991). Teenage pregnancy: Comparison with two groups of older pregnant women. *Journal of Adolescent Health*, *12*(2), 77-81.
- Crockenberg, S. C., & Leerkes, E. M. (2003). Parental acceptance, postpartum depression, and maternal sensitivity: Mediating and moderating processes. *Journal of Family Psychology*, *17*(1), 80-93.
- Crosby, R. A., Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., & Oh, M. K. (2001). Correlates of adolescent females' worry about undesired pregnancy: The importance of partner desire for pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *14*(3), 123-127.

- Crouch, J. L., Milner, J. S., & Thomsen, C. (2001). Childhood physical abuse, early social support, and risk for maltreatment: current social support as a mediator of risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 25(1), 93-107.
- Crouch, V. (2002). Teenage pregnancy and sexual health. *Community Practitioner*, 75(3), 82-87.
- Cubo, S., Martín, B., & Ramos, J.L. (2011). *Métodos de investigación y análisis de datos en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Cutrona, C. E. (1989). Ratings of social support by adolescents and adult informants: Degree of correspondence and prediction of depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 723-730.
- Cutrona, C. E., Hessling, R. M., Bacon, P. L., & Russell, D. W. (1998). Predictors and correlates of continuing involvement with the baby's father among adolescent mothers. *Journal of Family Psychology*, 12(3), 369.
- Cutuli, R. D. (2015). Flexibilidad empresarial y organización del trabajo doméstico: el trabajo invisible de las hijas de las fileteras en Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina). *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 4(36), 178-224.
- Da Costa, M. (2011). El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. *rev. latinoam. Bioet*, 11(1), 90-101.
- Dallas, C., Wilson, T., & Salgado, V. (2000). Gender differences in teen parents' perceptions of parental responsibilities. *Public Health Nursing*, 17(6), 423-433.
- Dana, J. y Marion, E. (1985) *Nueve meses en la vida de la pareja. La guía del embarazo*. Barcelona: Ediciones Daimon.
- Davia, M. Á., & Legazpe, N. (2013). Factores determinantes en la decisión de tener el primer hijo en las mujeres españolas. *Papeles de población*, 19(75), 183-212.
- Davis, A. A., Rhodes, J. E. and Hamilton-Leaks, J. (1997). When both parents may be a source of support and problems: an analysis of pregnant and parenting female

African. American adolescents' relationships with their mothers and fathers. *Journal of Research on Adolescence*, 7(3), 331-348.

De Anda, D., Darroch, P., Davidson, M., Gilly, J., & Morejon, A. (1990). Stress management for pregnant adolescents and adolescent mothers: A pilot study. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 7(1), 53-67.

De Coronel, A. C. R., Parada, C. C., Vélez, C. M. B., & Ospino, R. M. (2013). Programa de atención integral a la adolescente gestante. *Revista Ciencia y Cuidado*, 10(1), 67-77.

De Genna, N. M., Cornelius, M. D., & Donovan, J. E. (2009). Risk factors for young adult substance use among women who were teenage mothers. *Addictive behaviors*, 34(5), 463-470.

Dei Schirà, E. D. B., & Koller, S. H. (2011). Being a teenager and being a mother: Research on teen pregnancy in adolescents and Brazilian Portuguese. Ser adolescente e ser mãe: Investigação da gravidez adolescente em adolescentes brasileiras e portuguesas. *Análise Psicológica*, 29(4), 521-533.

De la Fuente, J., Peralta, F. J. y Sánchez, M. D. (2009). Autorregulación personal y percepción de los comportamientos escolares desadaptativos. *Psicothema*, 21(4), 548-554.

Della Mora, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana De Educación*, 38(3), 1-14.

Del Pezo Panchana, J. (2015). *Percepción de las adolescentes sobre el embarazo precoz y su relación con la deserción estudiantil*. (Tesis Doctoral) Universidad Estatal Península de Santa Elena, Ecuador. Recuperado de:

<http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/1679> A fecha de 19 de julio de 2015.

De Oliveira Fernandes, A., Júnior, Hudson Pires de Oliveira Santos, & Gualda, D. M. R. (2012). Gravidez na adolescência: Percepções das mães de gestantes jovens. *Acta y Paul Enferm*, 25(1), 55-60.

- De Paul, J., & Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 24(5), 701-713.
- De Pedro, A., & Fernández, I. (2014) Rosas y espinas en las relaciones de parejas de novios: amor, expectativas y problemas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 385-394.
- Denno, D. M., Hoopes, A. J., & Chandra-Mouli, V. (2015). Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 22-41.
- Dias, A. G. & Gomes, W. B. (2000). Conversas, em família, sobre a sexualidade e gravidez na adolescência: percepção das jovens gestantes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 13(1), 109-125.
- Diaz Saenz, S. (2013). *Experiencia profesional dirigida en intervención Psicosocial orientada al bienestar emocional de las madres gestantes y lactantes menores de 18 años* (Tesis Doctoral). Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, Colombia. Recuperado de:

<http://hdl.handle.net/10596/2322> a fecha de 18 de junio de 2014.
- Dickens, H. O., Mudd, E. H., Garcia, C. R., Tomar, K., & Wright, D. (1973). One hundred pregnant adolescents, treatment approaches in a university hospital. *American Journal of Public Health*, 63(9), 794-800.
- Dickens, B. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. (2015). Ethical issues in adolescent pregnancies. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(2), 185-186.
- DiPietro, J. A. (2012). Maternal stress in pregnancy: Considerations for fetal development. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 23-28.
- Doniger, A. S., Adams, E., Utter, C. A., & Riley, J. S. (2001). Impact evaluation of the "not me, not now" abstinence-oriented, adolescent pregnancy prevention

communications program, Monroe County, New York. *Journal of Health Communication*, 6(1), 45-60.

Dukewich, T. L., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (1996). Adolescent mothers and child abuse potential: An evaluation of risk factors. *Child abuse & neglect*, 20(11), 1031-1047.

Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.

Dworsky, A., & Meehan, P. (2012). The parenting experiences of homeless adolescent mothers and mothers-to-be: Perspectives from a shelter sample. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2117-2122.

Efkarpidis, S., Alexopoulos, E., Kean, L., Liu, D., & Fay, T. (2004). Case-control study of factors associated with intrauterine fetal deaths. *Medscape General Medicine*, 6(2), 53-79.

Elkind, D. (1985). Egocentrism redux. *Developmental Review*, 5(3), 218-226.

Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., John Horwood, L., Pettit, G. S., & Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child development*, 74(3), 801-821.

Enesco, I. (2015). *El concepto de infancia a lo largo de la historia* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado:

http://www.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/La_infancia.

Escobar M., *Historia de los patrones de apego en madres adolescentes y su relación con el riesgo en la calidad del apego con sus hijos recién nacidos* (Tesis Doctoral). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de:

<http://docplayer.es/10152863-Historia-de-los-patrones-de-apego-en-madres-adolescentes-y-su-relacion-con-el-riesgo-en-la-calidad-del-apego-con-sus-hijos-recien-nacidos.html>

Escobar Osorio, M., & Escobar Suárez, V. C. (2013). *Significado que le otorgan las adolescentes al hecho de estar embarazadas*. (Trabajo fin de grado). Universidad Sanbuenaventura, Medellín. Recuperado de:

http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/1582/1/Significado_Adolescente_Embarazo_Escobar_2013.pdf. A fecha de 18 octubre de 2013.

Espinoza Lecca, E. (2011). La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 5-4.

Espinoza L. E., & Guamán Atariguana, N. M., & García Pavón, S. J. (2016). *Consecuencias psicológicas y socioeconómicas en las adolescentes embarazadas atendidas en el área de gineco-obstetricia del Centro de Salud de Biblián, Caña*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23528>. A fecha de 27 de agosto de 2016.

Estefenon, S. G. B., & Eisenstein, E. (2015). La sexualidad en la Era Digital. *Adolescencia e Saude*, 12(2), 83-87.

Esteves, J. y Menandro, P. R. M. (2005). Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 363-370.

Estevez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente en la escuela. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.

Estupiñán-Aponte, M. R., & Rodríguez-Barreto, L. (2009). Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Revista De Salud Pública*, 11(6), 988-998.

Fajardo, M^a. I. y Vicente F. (1998). *Desarrollo psicológico femenino y trastornos procreativos*. Badajoz: Psicoex.

- Fajardo, M^a. I. (2004). Presiones internas y externas que influyen en quién es el adolescente. *Infancia y Adolescencia: Desarrollo psicológico y propuestas de Intervención. PSICOEX*. 33-51.
- Fajardo, M. I., Casanueva, N. & Bermejo, M. L. (2011). Aportación de las redes sociales a las adolescentes embarazadas. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 381-392.
- Fajardo, M^a. I. F., Casanueva, N., Regalado, A. & Bermejo, M^a. L. (2012). Las adolescentes ya madres, y su relación con las redes sociales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 567-590.
- Fajardo, M. I., Casanueva, N. & Bermejo, M. L. (2011). Embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: Un cuestionario de evaluación prenatal. *INFAD: International Journal of developmental and Educational Psychology*, 1(1), 535-548.
- Falcão, D. y Salomão, N. (2006). Mães adolescentes de baixa renda: um estudo sobre as relações familiares. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 58 (2), 11-23.
- Farber, N. (1989). The significance of aspirations among unmarried adolescent mothers. *Social Service Review*, 63, 519-537.
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10(4), 475-493.
- Felice, M. E., Shragg, G. P., James, M., y Hollingsworth, D. R. (1987). Aspectos psicosociales del mexicano-americano, blanco y negro el embarazo adolescente. *Journal of Adolescent Health Care*, 8(4), 330-335.
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2000). Teenage pregnancy and female educational underachievement: A prospective study of a New Zealand birth cohort. *Journal of Marriage and Family*, 62(1), 147-161.

- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1997). Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization. *Child abuse & neglect*, 21(8), 789-803.
- Fernández-Henarejos, A. & Prados, M. A. (2011). Luces y sombras de la convivencia familiar. *INFAD*, 1(2), 541-552.
- Fernández Mateos, L. M., & Sánchez Cabaco, A. (2005). Embarazo: Influencia de factores personales. *Familia: Revista De Ciencias y Orientación Familiar*, 31(2), 51-71.
- Fernández Núñez, L. (2013). *Significados de la transición a la paternidad: Análisis psicocultural de las narrativas expresadas por hombres que la atraviesan por primera vez en un grupo de apoyo online estadounidense* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de:

<http://www.tdx.cesca.cat/handle/10803/119260> A fecha de 28 de agosto de 2015.
- Fernández Mateos, L.M (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Salamanca: Ed. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Ferrer, S., Pérez, C., & Montero, M. (2015). Nivel de dependencia sobre la presión de grupo en el adolescente de educación media general. *Encuentro Educativo*, 21(2), 1-11.
- Feyerabend, P. (1981). *Contra el método*. Barcelona: Ariel.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 127-133.
- Figueiredo, B., Tendais, I., & Dias, C. C. (2014). Maternal adjustment and maternal attitudes in adolescent and adult pregnant women. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(4), 194-201.
- Finer, L.B. (2010). Unintended pregnancy among U.S. adolescents: accounting for sexual activity. *J Adolesc Health*, 47, 312–314.

- Finocchiaro-Kessler, S., Sudor, M. D., Dariotis, J. K., Anderson, J. R., Jennings, J. M., Keller, J. M., Trent, M. E. (2012). Childbearing motivaciones, deseos de embarazo, y la assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 431-440.
- Flores, J. D. J. V., González, M. G., & Ibáñez, E. J. (2015). Nivel de diferenciación en matrimonios con hijos adultos y la dinámica familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(1), (1-8)
- Flórez, E. D., Gallego, M. M. A., Low, C., Crespo, M., Ibáñez, M., & Téllez, J. D. (2015). Perfil psicosocial de adolescentes gestantes en dos instituciones de salud en Bogotá. *Psicología y Salud*, 26(1), 137-145.
- Foley, D. & Nechas, E., (1996). *Enciclopedia de La Salud y El Bienestar Emocional de La Mujer*. Madrid: Foreign Language Study.
- Francis, J., Malbon, K., Braun-Courville, D., Lourdes, L. O., & Santelli, J. (2015). Ambivalence about pregnancy and its association with symptoms of depression in adolescent females initiating contraception. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 44-51.
- Froen, J. F., Arnestad, M., Frey, K., Vege, Å. Saugstad, O. D., & Stray-Pedersen, B. (2001). Risk factors for sudden intrauterine unexplained death: epidemiologic characteristics of singleton cases in Oslo, Norway, 1986-1995. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(4), 694-702.
- Furstenberg Jr, F. F., Brooks-Gunn, J., & Morgan, S. P. (1987). Adolescent mothers and their children in later life. *Family Planning Perspectives*, 19(4), 142-151.
- Gabrielson, I. W., Klerman, L. V., Currie, J. B., Tyler, N. C., & Jekel, J. F. (1970). Suicide attempts in a population pregnant as teen-agers. *American Journal of Public Health and the National Health*, 60(12), 2289-2301.
- Gaete, P. V. (2011). Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 5-13.

- Galindo, M.A, Pérez, J.D., M^a. C., Muñoz, Suárez, Expósito, O., Janssen, R.M. (2003). Una aproximación desde la realidad a las variables implicadas en la violencia escolar. *Psicoex: Infancia y adolescencia: Desarrollo psicológico y Propuestas de Intervención*, 313-325.
- Gama, S. G., Szwarcwald, C. L., Leal, M. D., & Theme Filha, M. M. (2001). The pregnancy during adolescence as a risk factor for low birth weight, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 74-80.
- Galaz, A. [Ani Galaz]. (2013, enero 28). Embarazo Adolescente/Teen Pregnancy. [Archivo de vídeo]. Recuperado de:

https://www.youtube.com/watch?v=Rw_Jqyu0Ous
- García, S. M., Andujar, M. F., Low, C. M., Feliz, L. E., & Mercedes, Y. M. (2007). Comportamiento de la idea e intento de suicidio en una muestra de adolescentes embarazadas. *Rev Med Dom*, 68(2), 153-155.
- García, A., García, C., & López de Ayala, M. C. (2016). Adolescents and Youtube: creation, participation and consumption. *Prismasocial*, 2(1), 60-82.
- García Sánchez, M., Hernández Hernández, M., Manjón S. (2000). *Embarazo y Adolescencia. Salud Sexual y Reproductiva*. Argentina: Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
- García M. H., Hernández M. L., Manjon Sánchez A. (2000). Embarazo y adolescencia. *Revista sobre Salud Sexual y Reproductiva*, 2(2), 10-12.
- García, A., Piñana López, A., Cánovas Inglés, A., Luquín Martínez, R., Muñoz Ureña, A., & Piñana López, J. (2011). Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. *Atención Primaria*, 37(5), 227-232.
- García, J. A., & Sánchez, J. M. (2005). Prácticas educativas familiares y autoestima. *Psicothema*, 17(1), 76-82.

García Zabaleta, E. (2004) *Conductas desadaptativas de los adolescentes en Navarra: el papel de la familia y la escuela* (Tesis Doctoral). Universidad Pública de Navarra, Navarra. Recuperado de:

https://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_esther.pdf a fecha de 12 de agosto de 2016.

Garrett, S. & Tidwell, R. (1999). Differences between adolescent mothers and nonmothers: an interview study. *Adolescence*, 34(133), 91-105.

Gee, C. B., Nicholson, M. J., Osborne, L. N., & Rhodes, J. E. (2003). Support and strain in pregnant and parenting adolescents' sibling relationships. *Journal of Adolescent Research*, 18(1), 25-35

Gerrig, R.J., Zimbardo, P.G. (2014). *Psychology and life*. Madrid: Prentice Hall.

Ghosh, J. K. C., Wilhelm, M. H., Dunkel-Schetter, C., Lombardi, C. A., & Ritz, B. R. (2010). Paternal support and preterm birth, and the moderation of effects of chronic stress: A study in Los Ángeles county mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 13(4), 327-338.

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 3(3), 68-81.

Giménez, M., Valverde, C. V., & Torres, G. H. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2(2), 97-116.

G.M. (2011, 20 de octubre). Las adolescentes extremeñas tienen un 40% más de riesgo de embarazo. *El periódico de Extremadura*. Recuperado de:

http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/adolescentes-extremenhas-tienen-40-mas-riesgo-embarazo_613525.html

- Gogna, M., Adaszko, A., Alonso, V., Binstock, G., Fernández, S., & Pantelides, E. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* CEDES. Buenos Aires.
- Goldman, A. S., Murphy, R. J., & Babikian, H. M. (1973). Group therapy in obstetric management of pregnant teen-agers. *New York State Journal of Medicine*, 73(3), 407-411.
- Gomes, W. B., Amazarray, M. R., Machado, P. S., & Oliveira, V. Z. (1998). A experiência de 2001). Sexualidad femenina durante la gestación. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 17(5), 497-501.
- Gómez, M. V., Gallego, R. S., & Díaz, M. M. (2002). Maternidad tardía: Incidencia, perfiles y discursos. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*, 2(5), 11-36.
- Gómez-Ortiz, O., Casas, C., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24(1), 29-37.
- Gómez, J. A., & Díez, T. (1988). Pregnancy in adolescent mothers (between the ages of 15 and 18) neonatal results. Embarazo en madre adolescente (quince a dieciocho años). Resultado neonatal. *Anales Espanoles De Pediatria*, 29(1), 7-10.
- González Gutiérrez, P. D. (2015). *El vientre controlado: anticoncepción y aborto en la sociedad romana* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/33667/> A fecha de 12 de septiembre de 2016.
- González, E., Toledo, V., Luengo, X., Molina, T., & Meneses, R. (1999). Paternidad adolescente II: Variables familiares e impacto de la paternidad en el padre adolescente. *Soc.Chil De Obstet.Ginecol. Infant. y De La Adolesc.*, 6, 1-10.
- Grant, J.A., y Heald, F.P. (1972). Examen clínico: Las complicaciones de la Encuesta del embarazo en adolescentes de la literatura sobre el resultado fetal en la adolescencia. *Pediatría clínica*, 11 (10), 567-570.

- Gretchen, E., Ely, C., Flaherty, G., Cuddeback (2010). The Relationship between Depression and Other Psychosocial Problems. *Adolescent Pregnancy Termination Patients*, 27(4), 269-282.
- Griffin-Carlson, M. S., & Mackin, K. J. (1993). Parental consent: Factors influencing adolescent disclosure regarding abortion. *Adolescence*, 28, 1–11.
- Griffin-Carlson, M. S., & Schwanenflugel, P. J. (1998). Adolescent abortion and parental notification: Evidence for the importance of family functioning on the perceived quality of parental involvement in U.S. families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(4), 543-553.
- Grossman, J. M., Charmaraman, L., & Erkut, S. (2016). Do as I Say, Not as I Did How Parents Talk With Early Adolescents About Sex. *Journal of Family Issues*, 37(2), 177-197.
- Guerrero, E.M., Cabrera, I.N., Rodríguez, Y.H., y Castellanos, J.E. (2012). El embarazo y sus complicaciones en las madres adolescentes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342.
- Guerrero Sanguino A., Chávez Azuela J., González Hernández R., Peredo Esparza J.I, Karchmer S. (1975) Hazards of pregnancy in the adolescent patient *Ginecol Obstet*, 37(221), 119-128.
- Gutiérrez, J. M., & Rodríguez, A. A. (2003). Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. *Revista de Estudios de Juventud*, 6, 63-73.
- Gutiérrez, D.C., Ramos, A., & Valbuena, G.D. (2009). *Fortalecimiento de los proyectos de vida enfocados a la prevención de factores de riesgo en adolescentes de la institución educativa sede bachillerato y madres gestantes a temprana edad usuarias del Policlínico de Funza* (Tesis de Grado). Facultad de ciencias humanas y sociales de Colombia, Colombia. Recuperado de:
- http://repository.uniminuto.edu:8080/jspui/bitstream/10656/481/1/TTS_GutierrezBallenDiana_09.pdf

- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Guyatt, G. H., DiCenso, A., Farewell, V., Willan, A., & Griffith, L. (2000). Randomized trials versus observational studies in adolescent pregnancy prevention. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(2), 167-174.
- Haldre, K., Rahu, K., Rahu, M. (2009) Individual and familiar factors associated with teenage pregnancy: an interview study. *Eur J Public Health*, 19, 266-270.
- Haley, N., Roy, E., Leclerc, P., Boudreau, J., & Boivin, J. (2004). Characteristics of adolescent street youth with a history of pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17(5), 313-320.
- Hallman, H. L. (2012), Rhetoric of the future: Writing and identity at a school for pregnant and parenting teens. *English in Education*, 46, 38–55.
- Hambridge, W. R. (1974). Teen clinics. *Obstetrics and Gynecology*, 43(3), 458-4.
- Hanna, B. (2001). Adolescent parenthood: A costly mistake or a search for love? *Reproductive Health Matters*, 9(17), 101-107.
- Hans, C. P. (2016). Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3), 60-89.
- Hansen, C. M., Brown, M. L., & Trontell, M. (1976). Effects on pregnant adolescents of attending a special school. *Journal of the American Dietetic Association*, 68(6), 538-541.
- Harrington, K., Thompson, O., Jordan, L., Page, J., Carpenter, R. G., & Campbell, S. (1998). Obstetric outcome in women who present with a reduction in fetal movements in the third trimester of pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine- Official Journal of the WAPM*, 26(2), 77-82.
- Harville E.W., Madkour A.S. & Xie Y. (2015) Personality and adolescent pregnancy outcomes. *Journal of Advanced Nursing* 71(1), 148–159.

- Heather, T. (2011). American Association of Community Colleges. *Community College Journal*, 24, (10), 18-19.
- Heavey, E. (2010). Don't miss preconception care opportunities for adolescents. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 35(4), 213-219.
- Heavey, E. J., Moysich, K. B., Hyland, A., Druschel, C. M., & Sill, M. W. (2008). Differences in pregnancy desire among pregnant female adolescents at a state-funded family planning clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(2), 130-137.
- Henríquez Valencia, G. S. (2016) *Madres adolescentes: significados y experiencias* (Tesis doctoral). Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperado de:
<http://hdl.handle.net/11441/39789> a fecha de 13 de septiembre de 2016.
- Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, 83, 294-301.
- Hernández Leyva, Z. J. (2016). *Estudio psicoanalítico de la función paterna en la Odisea* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de:
<http://eprints.sim.ucm.es/35935/> A fecha de 7 de Octubre de 2016.
- Hernández, G. E. G. (2015). *Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja* (Tesis Doctoral) Universidad de Lima, Perú. Recuperado de:
<http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/iztapalapa/viewarticle.php?id=1860> a fecha de 12 de septiembre de 2016.
- Hernández, A. G., & Simons, B. C. (2014). Reconceptualización de la sexualidad masculina y femenina en los albores del nuevo siglo. *Revista Sexología y Sociedad*, 10(27).
- Herrera, E. M., & Barbero, M. M. (2013). El cuerpo, la expresión y el medio acuático. Una experiencia integradora. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 24, 176-183.

- Hidalgo, M. C. G., & Coronado, M. M. (2015). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. *Revista de Psicología, 13*(1), 11-28.
- Hijazi, Z. R., & East, C. E. (2009). Factors affecting maternal perception of fetal movement. *Obstetrical & Gynecological Survey, 64*(7), 489-497.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A., Macaluso, M., & Marks, J. S. (2016). The protective effect of family strengths in childhood against adolescent pregnancy and its long-term psychosocial consequences. *Issues, 14*, (3), 11-20.
- Hockaday, C; Crase, S.; Shelley, M. y Stockdale, D. (2000). Prospective study of adolescent pregnancy. *Journal of Adolescence, 23*, 423-438.
- Hodgkinson, S., Beers, L., Southammakosane, C., & Lewin, A. (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics, 133*(1), 114-122.
- Hoffman, S., & Hatch, M. C. (1996). Stress, social support and pregnancy outcome: A reassessment based on recent research. *Paediatric and Perinatal Epidemiology, 10*(4), 380-405.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1997). *Psicología del Desarrollo Hoy*. Vol 2. 6ª ed. Madrid: Editorial McGraw-Hill.
- Holden, G. W., Nelson, P. B., Velasquez, J. and Ritchie, K. L. (1993). Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior differences between pregnant and non pregnant adolescents. *Adolescence, 28*, 557-572.
- Holm Tveit, J. V., Saastad, E., Stray-Pedersen, B. A., Børdahl, P. E., & Frøen, J. F. (2009). Maternal characteristics and pregnancy outcomes in women presenting with decreased fetal movements in late pregnancy. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 88*(12), 1345-1351.

- Horwitz, A. G., Hill, R. M., & King, C. A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of adolescence*, 34(5), 1077-1085.
- Howard, M. (1971). Comprehensive community programs for the pregnant teen-ager. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 14(2), 473-488.
- Hurtado R., Avendaño M.C., Moreno F.R. (2014). "Embarazo en la adolescencia: entre el fracaso informativo y el logro psíquico." *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 5(1), 1-10.
- Huyck, N. I. (1976). Nutrition services for pregnant teen-agers. *Journal of the American Dietetic Association*, 69(1), 60-62.
- Ibáñez Blanco, R. (2015). *Aspectos psicosociales en el embarazo en mujeres menores de edad en España* (Tesis de Grado). Universidad de Valladolid, Valladolid.
- Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11919/1/TFG-H283.pdf> A fecha de 30 de agosto de 2016.
- I Font, L. C. (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, 18, 129-145.
- Irwin, C. E., Jr. and Millstein, S. G. (1986). Biopsychosocial correlates of risk-taking behaviors during adolescence. *Journal of Adolescent Health Care*, 7, 828-968.
- Isberner, F., & Wright, W. R. (1987). Comprehensive prenatal care for pregnant teens. *The Journal of School Health*, 57(7), 288-292.
- James, S., Van Rooyen, D., & Strümpher, D. (2012). Experiences of teenage pregnancy among xhosa families. *Midwifery*, 28(2), 190-197.
- Jekel, J. F., Klerman, L. V., & Bancroft, R. E. (1973). Factors associated with rapid subsequent pregnancies among school-age mothers. *American Journal of Public Health*, 63(9), 769-773.

- Jiménez, M. A. R., Martín, A. R., & García, J. R. F. (2000). Comparing the biological and psychosocial risks of pregnancy between groups of adolescents and adults. *European Journal of Epidemiology*, *16*(6), 527-532.
- Joyner, K., Udry, R. (2000). You Don't bring me anything but down: adolescent romance and depression. *J. Health Soc. Behav.*, *41* (4), 369-391.
- Jordahl, T., & Lohman, B. J. (2009). A bioecological analysis of risk and protective factors associated with early sexual intercourse of young adolescents. *Children and Youth Services Review*, *31*(12), 1272-1282.
- Justo, A. (2016). *Postmodernidad y adolescencia. Construcción de la identidad en el sujeto adolescente postmoderno.* (Tesis Doctoral) Universidad de Santiago de Compostela. Facultade de Filosofía. Universidad de Lima, Perú.
- Recuperado de <http://hdl.handle.net/10347/14861> a fecha de 2 de noviembre de 2016.
- Jutte, D. P., Roos, N. P., Brownell, M. D., Briggs, G., MacWilliam, L., & Roos, L. L. (2010). The ripples of adolescent motherhood: social, educational, and medical outcomes for children of teen and prior teen mothers. *Academic Pediatrics*, *10*(5), 293-301.
- Kaess, M., Parzer, P., Brunner, R., Koenig, J., Durkee, T., Carli, V., Wasserman, D. (2016). Pathological internet use is on the rise among european adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *59*(2), 236-239.
- Kait, L. (2007). *Madres, no mujeres - Embarazo adolescente.* Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Kanoy, K., Ulku-Steiner, B., Cox, M., & Burchinal, M. (2003). Marital relationship and individual psychological characteristics that predict physical punishment of children. *Journal of Family Psychology*, *17*(1), 20-28.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2007). Health outcomes related to early adolescent depression. *Journal of Adolescent Health*, *41*(3), 256-262.

- Kenney, J. W., Reinholtz, C., & Angelini, P. J. (1997). Ethnic differences in childhood and adolescent sexual abuse and teenage pregnancy. *Journal of Adolescent Health, 21*(1), 3-10.
- Kershaw, T., Murphy, A., Divney, A., Magriples, U., Niccolai, L., y Gordon, D. (2013). What's Love Got to Do with It: Relationship Functioning and Mental and Physical Quality of Life Among Pregnant Adolescent Couples. *American journal of community psychology, 52*(3), 288-301.
- Kerry V. (2009). Responding to Schoolgirl Pregnancy: The Recognition and Non-Recognition of Difference. *Improving Schools, 12*(3), 225-236.
- Key, J. D., Barbosa, G. A., & Owens, V. J. (2001). The second chance club: Repeat adolescent pregnancy prevention with a school-based intervention. *Journal of Adolescent Health, 28*(3), 167-169.
- Khatskel, S. B. (2006). The Effect of a Mother's Activity on the Development of Her. *Child Education and Society, 48*(6), 63-70.
- Klaw, E. (2008). Understanding urban adolescent mothers' visions of the future in terms of possible selves. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 18*(4), 441-462.
- Klaw, E. L., Rhodes, J. E., & Fitzgerald, L. F. (2003). Natural mentors in the lives of african american adolescent mothers: Tracking relationships over time. *Journal of Youth and Adolescence, 32*(3), 223-232.
- Klein, J. D. (2005). Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics, 116*(1), 281-286.
- Kohut, R. J., Dewey, D., & Love, E. J. (2002). Women's knowledge of prenatal ultrasound and informed choice. *Journal of Genetic Counseling, 11*(4), 265-276.
- Korchmaros, J.D., Ybarra, M.L., Mitchell, K.J. (2005). Adolescent online romantic relationship initiation: Differences by sexual and gender identification *Journal of Adolescence, 40*, 54-64.

- Kovacs, M., Krol, R. S., & Voti, L. (1994). Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(1), 106-113.
- Krishnakumar, A., & Black, M. M. (2003). Family processes within three-generation households and adolescent mothers' satisfaction with father involvement. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 488-498.
- Laditka, S. B., Laditka, J. N., & Probst, J. C. (2006). Racial and ethnic disparities in potentially avoidable delivery complications among pregnant medicaid beneficiaries in South Carolina. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 339-350.
- Lafuente, M. (2008). La escala EVAP (Evaluación de la Vinculación Afectiva y la Adaptación Prenatal): Un estudio piloto. *Index de enfermería*, 17(2), 133-137.
- Lakatos, I., & Feigl, H. (1982). *Historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales*. Tecnos.
- Lammers, M., Ireland, M., Resnick, R. (2000) Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *Journal of Adolescent Health* 26(1), 42-48.
- Lance, A., Wallett, S., Lorber, B., & Harris, L. (2012). 16 and pregnant: A content analysis of a reality television program about unplanned teen pregnancy. *Contraception*, 86(3), 292-292.
- Lane, M. E. (1973). Contraception for adolescents. *Family Planning Perspectives*, 5(1), 19-20.
- Lang, D. L., Rieckmann, T., DiClemente, R. J., Crosby, R. A., Brown, L. K., & Donenberg, G. R. (2013). Multi-level Factors Associated with Pregnancy among Urban Adolescent Women Seeking Psychological Services. *Journal of Urban Health*, 90(2), 212-223.
- Langer, M. (1983). *Maternidad y Sexo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

- Langer, A., & Espinoza, H. (2002). El embarazo no deseado: Impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *American Journal of Public Health, 11*, 192-204.
- Larson, N. C. (2004). Parenting stress among adolescent mothers in the transition to adulthood. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21*(5), 457-476.
- Lasa, I. L., Luis, J., Lozano, P., Arévalo, C. M., & Paricio, J. J. P. (2001). *Embarazo en la adolescencia. Manual De Salud Reproductiva En La Adolescencia*. Aspectos Básicos e Clínicos España: Sociedad Española De Contracepción. Recuperado de : http://www.companiamedica.com/libros_gratis/embarazo_reproduccion/embarazo_en_la_adolescencia.pdf . A fecha de 10 de abril de 2013.
- Lavin, C., & Cox, J.E. (2012). Prevención del embarazo adolescente: perspectivas actuales. *Current Opinion in Pediatrics, 24* (4), 462-469.
- Lederman, R.P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development. Secon Edition*. Springer Publishing Company Prentice Hall. New York.
- Lee, E., Mitchell-Herzfeld, S. D., Lowenfels, A. A., Greene, R., Dorabawila, V., & DuMont, K. A. (2009). Reducing low birth weight through home visitation. A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine, 36*(2), 154-160.
- Lema Moreira, E (2014). El contexto familiar como factor fundamental en la violencia filio-parental. *Journal of Child and Adolescent Psychology 5*(1), 267-275.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Rev Ped Elec, 5*(1), 42-51.
- Leonet Lassarte, G. (2011). La maternidad en el imaginario de las escritoras vascas. *Feminismo/s, 18*, 203-223.
- Lesser, J., Anderson, N. L., & Koniak-Griffin, D. (1998). "Sometimes You Don't Feel Ready to Be an Adult or a Mom:" The Experience of Adolescent Pregnancy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 11*(1), 7-16.

- Letourneau, N. L., Stewart, M. J., & Barnfather, A. K. (2004). Adolescent mothers: Support needs, resources, and support-education interventions. *Journal of Adolescent Health, 35*(6), 509-525.
- Levenson, P. M., Smith, P. B., & Morrow Jr., J. R. (1986). A comparison of physician-patient views of teen prenatal information needs. *Journal of Adolescent Health Care, 7*(1), 6-11.
- Lewis & Rhodes (2011). Clinical Challenges in Addressing Intimate Partner Violence (IPV) with Pregnant and Parenting Adolescents. *Journal of Family Violence, 26*(8), 565-574. Doi: 10.1007/s10896-011-9393-1
- Lieberman, M., Doyle, A. B. & Markiewicz, D. (1999). Developmental patterns in security of attachment to mother and father in late childhood and early adolescence: Associations with peer relations. *Child Development, 70*, 202 – 213.
- López-Cano, L. A., & Restrepo-Mesa, S. L. (2014). La gestación en medio de la inseguridad alimentaria: Percepciones de un grupo de adolescentes embarazadas. *Rev. salud pública, 16*(1), 76-87.
- López Navarrete, E., Perea-Martínez, A., Padrón-Martínez, M. M., & Espinoza-Garamendi, E. (2014). Entrevista con el adolescente Gloria Elena López-Navarrete. *Acta Pediátrica de México, 35*(3), 229-237.
- Loscertales, F. (2015). Salud emocional y estabilidad del yo. Implicaciones grupales. En Palacín Lois (Presidencia), El fluir de la cooperación: cuidar, crear y recrear. *Symposium SEPTG*. Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, Barcelona.
- Luca, D., & Bydlowski, M. (2001). Dépression Paternelle et périnatalité. *Le Carnet PSY, 67*(7), 28-33.
- Lugo Agudelo, N. V. (2013). El mundo afectivo de la adolescente embarazada. *Investigación y Educación En Enfermería, 20*(1), 10-22.
- Luster, T., & Small, S. A. (1994). Factors associated with sexual risk-taking behaviors among adolescents. *Journal of Marriage and the Family, 56*(3), 622-632.

- MacLeod, Fraser, A., Macdonald-Wallis, C., Tilling, K., Boyd, A., Golding, J., Smith, G. D & Ring, S. (2013). Cohort profile: the Avon Longitudinal Study of Parents and Children: ALSPAC mothers cohort. *International journal of epidemiology*, 42(1), 97-110.
- Mafla, A. (2009). Adolescence: Bio-psychosocial changes and oral health. *Colombia Médica*, 39(1), 41-57.
- Magrab, P. R., & Danielson-Murphy, J. (1979). Adolescent pregnancy. *A review. Journal of Clinical Child Psychology*, 8(2), 121-125.
- Magro, C. (2005). *Percepción de salud en adolescentes*. (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Malabarey, O. T., Balayla, J., Klam, S. L., Shrim, A., & Abenheim, H. A. (2012). Pregnancies in young adolescent mothers: A population-based study on 37 million births. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 25(2), 98-102.
- Maldonado, M. A. C. (2016). Percepciones frente al divorcio de los padres y nivel de adaptabilidad en un grupo de adolescentes de Trujillo. *Pueblo Continente*, 27(1), 191-199.
- Manieu, M. A. (2003). *Estudio comparativo de las representaciones maternas durante el tercer trimestre de la gestación e incidencia de la ecografía en su establecimiento. Embarazos únicos normales, gemelares y únicos patológicos* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, España.
- Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10803/5428>. A fecha de 10 de junio de 2013.
- Manlove, J. S., Terry-Humen, E., Ikramullah, E. N., & Moore, K. A. (2006). The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 578-587.
- Marín Murillo, F. (2011). Adolescentes y maternidad en el cine: «Juno», «Precious» y «The greatest». *Revista Científica de Educomunicación*, 36(18), 115-122.

- Marks, M. N., Siddle, K., & Warwick, C. (2003). Can we prevent postnatal depression? A randomized controlled trial to assess the effect of continuity of midwifery care on rates of postnatal depression in high-risk women. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 13(2), 119-127.
- Maroto-Navarro, G., García-Calvente, M. M., & Mateo-Rodríguez, I. (2004). El reto de la maternidad en España: Dificultades sociales y sanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 13-23.
- Marsiglio, W., & Mott, F. L. (1986). The impact of sex education on sexual activity, contraceptive use and premarital pregnancy among American teenagers. *Family Planning Perspectives*, 18(4), 151-162.
- Martin-Loeches, M., Catalá, E., Ortí, R., Mínguez, J., & Rius, J. (2002). Principales factores de riesgo asociados a las gestantes adolescentes de la comunidad valenciana. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 31, 90-101.
- Martínez y Martínez, R. (2005) *La Salud del Niño y del Adolescente. Etapa Adolescencia, Embarazo en la Adolescencia, Aspectos Obstétricos, Perinatales, Psicológicos y Socioculturales*. México D.F: Manual Moderno 5ª edición,.
- Martin, L. T., McNamara, M. J., Milot, A. S., Halle, T., & Hair, E. C. (2007). The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. *Maternal and Child Health Journal*, 11(6), 595-602.
- Martínez, B. (2013). *El mundo social del adolescente: amistades y pareja. Los problemas en la adolescencia: respuestas y sugerencias para padres y educadores*. Madrid: Síntesis.
- Martínez, C.L., Rodríguez, M. (2008) *Vivencias de las madres adolescentes del programa madre canguro integral del Hospital Universitario San Ignacio frente a la adopción del rol maternal en el segundo periodo de 2008*. (Trabajo fin de grado). Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado de:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis10.pdf>
A fecha de 13 de junio de 2013.

- Martínez-Álvarez, J. L., Fuertes-Martín, A., Orgaz-Baz, B., Vicario-Molina, I., & González-Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de psicología*, 30(1), 211-220.
- Martínez, M. J. C., Martínez, M. R., García, J. C., Cortés, M. I. O., Ferrer, A. R., & Herrero, B. T. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.
- Martínez, M. R. & Romero, D. M. (2004) *Embarazo adolescente en México*. (Tesis doctoral). Universidad de México, México. Recuperado de:
<http://148.206.53.231/UAMI11726.pdf> tesis. A fecha de 10 de abril de 2013.
- Masland, R. P. (1978). Sex and mother's knee. *American Journal of Public Health*, 68(11), 1073-1074.
- Mateos A., Balsells, M., Molina, M. C., Fuentes-Peláez, N., Pastor, C., & Amorós, P. (2014). Necesidades educativas para promover la salud afectiva y sexual en jóvenes en riesgo social. *REIRE: Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 7(2), 14-27.
- Matute Ortega, V.S. (2014). *Prevalencia de disfunción sexual femenina y factores asociados* (Tesis de Grado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/2303> a fecha de 24 de septiembre de 2015.
- McCullough, M., & Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy: Contributing factors and strategies for prevention. *Adolescence*, 26(104), 809-816.
- McDonnell, J. R., Limber, S. P., & Connor-Godbey, J. (2007). Pathways teen mother support project: Longitudinal findings. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 840-855.

- McKinley, B., Brown, E., & Caldwell, C. H. (2012). Personal mastery and psychological well-being among young grandmothers. *Journal of Women & Aging, 24*(3), 177-193.
- McMillan, B., Green, J. M., Woolridge, M. W., Dyson, L., Renfrew, M. J., & Clarke, G. P. (2009). Studying the infant feeding intentions of pregnant women experiencing material deprivation: Methodology of the looking at infant feeding today (LIFT) study. *Social Science & Medicine, 68*(5), 845-849.
- McMurray, G. L. (1968). Project teen aid: A community action approach to services for pregnant unmarried teen-agers. *American Journal of Public Health and the Nation's Health, 58*(10), 1848-1853.
- McNeil, S., & Murphy, L. (2010). Cuidadores jóvenes abuela: una perspectiva ecológica para terapeutas matrimoniales y familiares. *Journal of Family Therapy Feminista, 22* (4), 275-292.
- Meade, C. S., & Ickovics, J. R. (2005). Systematic review of sexual risk among pregnant and mothering teens in the USA: Pregnancy as an opportunity for integrated prevention of STD and repeat pregnancy. *Social Science and Medicine, 60*(4), 661-678.
- Medora, N. P., Goldstein, A., & Von Der Hellen, C. (1994). Romanticism and self-esteem among pregnant adolescents, adolescent mothers, and nonpregnant, nonparenting teens. *The Journal of social psychology, 134*(5), 581-591.
- Meier, K. J., & McFarlane, D. R. (1994). State family planning and abortion expenditures: Their effect on public health. *American Journal of Public Health, 84*(9), 1468-1472.
- Mendiola, R. B. E., Ornelas, L. R., Garza, O. J., Pérez, A. D., & Lugo, S. R. (2014). Diferencias en la calidad de vida por trimestre del embarazo en un grupo de adolescentes argentinas. *Acta Universitaria, 24*(2), 57-60.

Mendoza, J. N. (2015). Propuesta de itinerario de acompañamiento para estudiantes embarazadas y padres adolescentes, en torno a la orientación vocacional y proyecto de vida. *Actas Teológicas*, 20(1), 103-138.

Mensch, B., & Kandel, D. B. (1992). Drug use as a risk factor for premarital teen pregnancy and abortion in a national sample of young white women. *Demography*, 29(3), 409-429.

Merchán F., & Rodríguez M., (2015). *Intervención de enfermería sobre lactancia materna en embarazadas primigestas* (tesis doctoral). Universidad de Ecuador, Ecuador.

Recuperado de: <http://www.repositorio.upse.edu.ec:8080/handle/123456789/1688> a fecha de 12 de septiembre de 2016.

Merrick, E. N. (1995). Adolescent childbearing as career “choice”: Perspective from an ecological context. *Journal of Counseling & Development*, 73(3), 288-295.

Mersky, J. P., & Reynolds, A. J. (2007). Predictors of early childbearing: Evidence from the Chicago longitudinal study. *Children and Youth Services Review*, 29(1), 35-52.

Meyers, S. A., & Battistoni, J. (2003). Proximal and distal correlates of adolescent mothers' parenting attitudes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 24(1), 33-49.

Micucci, J. A. (1998). *The adolescent in family therapy: Breaking the cycle of conflict and control*. Guilford Press.

Miguez A. (2013) *Ocupaciones y Roles de las Madres Adolescentes* (Trabajo fin de Grado). Universidade da Coruña, La Coruña.

Recuperado de:

http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/11504/2/MiguezBarreiro_Angela_TFG_2013.pdf A fecha de 23 de mayo de 2015.

- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 328.
- Miller, B. C., Benson, B., & Galbraith, K. A. (2001). Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental Review, 21*(1), 1-38.
- Miller-Johnson, S.; Winn, D. M.; Coie, J.; Maumary-Gremaud, A.; Hyman, C.; Terry, R. y Lochman, J. (1999). Motherhood during the teen years: A developmental perspective on risk factors for chilbearing. *Developmental and Psychology, 11*, 85-100.
- Mimoun, S. (2004). Ginecología psicosomática. *Ginecología-Obstetricia, 40*(1), 1-9.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2006). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006*. Recuperado de:
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/IVE_2006.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2007). *Evolución de la interrupción de embarazos no deseados en España por 1000 mujeres*. Recuperado de:
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVE_2007.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). *Prevención del VIH. Frente al VIH no des la cara*. Disponible en:
<http://www.msps.es/campannas/campanas09/situacionEpidemhsh.htm>.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2009*. Recuperado de:
http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVEcompleto_2009.pdf.

- Miño-Worobiej, A. (2008). Imágenes de género y conductas sexual y reproductiva. *Salud Pública De México*, 50(1), 17-31.
- Milan, S., Ickovics, J. R., Kershaw, T., Lewis, J., Meade, C., & Ethier, K. (2004). Prevalence, course, and predictors of emotional distress in pregnant and parenting adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 328-337.
- Mirabal Martínez, G., Martínez, M. M., & Pérez Domínguez, D. (2002). Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana De Enfermería*, 18(3), 175-183.
- Misra, D. P., Caldwell, C., Young, A. A., & Abelson, S. (2010). Do fathers matter? paternal contributions to birth outcomes and racial disparities. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(2), 99-105.
- Molina, M., Ferrada, C., Pérez, R., Cid, L., Casanueva, V., & García, A. (2004). Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica de Chile*, 132(1), 65-70.
- Molina C., R., y González A., E. (2012) *Teenage Pregnancy Pediatric and Adolescent Gynecology Endocr Dev.*22), 302–33.
- Molina R. (1992) *Adolescencia y Embarazo*. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Santiago de Chile.
- Monahan, D. J. (2001). Teen pregnancy prevention outcomes: Implications for social work practice. *Families in Society*, 82(2), 127-135.
- Monk, C., Fifer, W. P., Myers, M. M., Sloan, R. P., Trien, L., & Hurtado, A. (2000). Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Developmental Psychobiology*, 36(1), 67-77.
- Moral, G. (2013, 17 de noviembre). Una de cada dos adolescentes embarazadas aborta. *El periódico de Extremadura*. Recuperado de:

http://www.elperiodicoextremadura.com/noticias/extremadura/dos-adolescentes-embarazadas-aborta_769551.html

- Morales, J., Gutiérrez, C., Mitma, C., Siancas, T., & Palomino, H. (2008). Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, 12(3), 1-6.
- Morales, C., Lucenith, M., Silva Aparicio, N. A., Torres Dosa, G. E., Guzmán, B., Johana, L., & Müller Noriega, S. C. (2011). Beliefs and attitudes of health workers about tuberculosis in a locality, Bogotá. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 43(1), 63-69.
- Moreira, M. C., García, M. M., & Sarriera, J. C. (2007) Embarazo en la adolescencia: Predictores de salud y bienestar en una muestra brasileña. *Psiquiatria*, 14 (4), 142-7.
- Moreira, M. C., & Sarriera, J. C. (2008). Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia Em Estudo*, 13(4), 781-789.
- Moreno, S., Canelón, M. L., & Becerra, L. (2006). Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espacio abierto*, 15(4) 6-12.
- Morgan, C., Chapar, G. N., & Fisher, M. (1995). Psychosocial variables associated with teenage pregnancy. *Adolescence*, 30(118), 277-289.
- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 9-18.
- Moyeda, I. X. G., Vega, L. J., Figueroa, S. P., & Velasco, A. S. (2006). Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos psicología y salud, *Psicología y Salud*, 16(2), 159-169.
- Murdock, N. H. (1998). Teenage pregnancy. *Journal of the National Medical Association*, 90(3), 135-136.
- Mukoff, H. & Mazel, S. (2014). *Qué se puede esperar cuando se está esperando*. Madrid: Planeta.
- Musitu, G., Buelga, S.; Lila, M.; Cava, M. J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.

- Musitu, G., & García, F. (2016). La evaluación de la socialización familiar: *ESPA29. Padres y Maestros. Publicación de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales*, (367), 60-66.
- Nath, P. S., Borkowski, J. G., Whitman, T. L., & Schellenbach, C. J. (1991). Understanding adolescent parenting: The dimensions and functions of social support. *Family Relations*, 40(4), 411–420.
- Nebot, L., Díez, E., Martín, S., Estruga, L., Villalbí, J. R., Pérez, G., & López, M. J. (2016). Efectos de una intervención de consejo anticonceptivo en adolescentes de barrios desfavorecidos con alta proporción de inmigrantes. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 43-46.
- Neto, F. X., Marques, M. S., & Rocha, J. (2008). Problemas vividos por las adolescentes durante la gestación. *Enfermería global*, 7(1), 1-11.
- Newport, D. J., Wilcox, M., & Stowe, Z. (2002). Maternal depression: A child's first adverse life event. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 7(2) 113-119.
- Nitz, K., Ketterlinus, R. D. and Brandt, L. J. (1995). The role of stress, social support, and family environment in adolescent mothers' parenting. *Journal of Adolescent Research*, 10, 358-382.
- Noirhomme-Renard, F., Aujoulat, I., & Gosset, C. (2013). La dépression chez les mères adolescentes : Pour un repérage des situations de vulnérabilité. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 61(6), 340-346.
- Nonacs, A., Viguera, C., & Cohen, L. S. (2002). *Psychiatric aspects of pregnancy. Women's mental health: a comprehensive textbook*.
- Norris, J., Howell, E., Wydeven, M., & Kunes-Connell, M. (2009). Working with teen moms and babies at risk: The power of partnering. *MCN the American Journal of Maternal/Child Nursing*, 34(5), 308-315.
- Ohannessian, C. M. and Crockett, L. J., (1993). A longitudinal investigation of the relationship between educational investment and adolescent sexual activity. *Journal of Adolescent Research*, 8,167-182.

- Okumura, J. A., Maticorena, D. A., Tejeda, J. E., & Mayta Tristán, P. (2015). Embarazo adolescente como factor de riesgo para complicaciones obstétricas y perinatales en un hospital de Lima, Perú. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*.
- Olson, C. F., & Worobey, J. (1984). Perceived mother-daughter relations in a pregnant and nonpregnant adolescent sample. *Adolescence*, 19(76), 781.
- Ontiveros-Pérez, M., & López-España, J. T. (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant Edo* 27(2), 92-98. Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf> A
fecha de 10 de junio de 2013
- Osofsky, H. J., Rizk, P. T., Fox, M., & Mondanaro, J. (1971). Nutritional status of low income pregnant teen-agers. *Journal of Reproductive Medicine for the Obstetrician and Gynecologist*, 6(1), 29-33.
- Osorio, I., & Hernández, M. (2011). Prevalence of school desertion during teenage pregnancy from public schools in Valle del Cauca, 2006. *Colombia Medica*, 42(3), 303-308.
- Ospino, G. A. C., & Rodríguez-De Ávila, U. (2016). Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes. *Duazary*, 13(2), 76-78.
- Pacheco-Sánchez, C. I. (2016). Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. *Salud pública de México*, 58(1), 56-61.
- Padilla, M. L. S., García, M. S., Lugo, N. V., & Vega, B. H. (2016). Adaptación y autocuidado del estudiante en la universidad como estrategia para disminuir los problemas crónicos degenerativos. *Boletín Científico de las Ciencias Económico Administrativas del ICEA*, 2(4). 23-25.
- Pagán, F. J. B., Martínez, J. L., Máiquez, M. C. C., & Ayala, E. S. (2016). Internet, redes sociales y adolescencia: un estudio en centros de educación secundaria de la región de Murcia. *Revista Fuentes*, (16), 109-130.

- Palacín, M. (2015). Gestión emocional en la enfermedad. "Podemos provocar nuestro propio sentir" *Sociedad Española de Psicoterapia y técnicas de Grupo. Symposium SEPTG*, 1(33), 15-25.
- Palacios, J., & Kennedy, H. P. (2010). Reflections of native american teen mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(4), 425-434.
- Palacios, F. (2015). Salud emocional y estabilidad del yo. Implicaciones grupales. En Palacín Lois (Presidencia), *El fluir de la cooperación: cuidar, crear y recrear. Symposium SEPTG*. Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo, Barcelona.
- Panzarine, S. (1986). Stressors, coping, and social supports of adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health Care*, 7(3), 153-161.
- Parker, B., McFarlane, J., & Soeken, K. (1994). Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics and Gynecology*, 84(3), 323-328.
- Parra, Á., Oliva, A., Sánchez- Queija (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes *Anuario de Psicología*, 35(3), 331-346.
- Partis, M. (2000). Bowlby's attachment theory: implications for health visiting. *British Journal of Community Nursing*, 5 (10), 499-503.
- Pascoe, C.J. (2011) Resource and risk and New media use. *Sex Res Soc Policy*, 8(1), 5-17.
- Pasley, K., Langfield, P. A., & Kreutzer, J. A. (1993). Predictors of stress in adolescents: An exploratory study of pregnant and of parenting females. *Journal of Adolescent Research*, 8(3), 326-347.
- Passino, Anne W.; Whitman, Thomas L.; Borkowski, John G.; Schellenbach, Cynthia J.; Maxwell, S. E.; Keogh, D.; Rellinger, E. 1993 *Personal adjustment during pregnancy and adolescent parenting* 28(109), 97-122.

- Pedrosa, A. A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: The role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 107-127.
- Peláez Mendoza, J. (1997). Adolescente embarazada: Características y riesgos. *Revista Cubana De Obstetricia y Ginecología*, 23(1), 13-17.
- Peltzer, K., & Likwa, R. (1992). Psychosocial aspects of unwed adolescent pregnancy in Lusaka, Zambia. *International Journal of Mental Health*, 21(4), 50-58.
- Pereira, A. I., Canavarro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Relational factors of vulnerability and protection for adolescent pregnancy: A cross-sectional comparative study of Portuguese pregnant and nonpregnant adolescents of low socioeconomic status. *Adolescence*, 40, (15), 655.
- Pereira, L. S., Lira, P. J., Ahued, A. R., Quesnel, G. B. C., Iturralde, R. P. P., & Arteaga, G. C. (2002). Maternal morbidity in adolescent pregnancy. *Ginecología y obstetricia de México*, 70, 270-274.
- Pérez, G. (2009). La salud reproductiva y sexual en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(3), 171-173.
- Pérez Giraldo, B. (2003). Caracterización de las familias adolescentes gestantes: Perspectivas de riesgo y grado de salud familiar. *Aquichán*, 2(1), 21-31.
- Perinat A., Corral, I., Crespo, I., Doménech, E., Font, S., Lalueza, J.L., Larraburu I., Martínez Criado, G., Moncada, A., Raguz, M. & Rodríguez Tomé, H. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI. Un enfoque psicosocial*. Barcelona: Editorial UOC.
- Phipps, M. G., & Nunes, A. P. (2012). Assessing pregnancy intention and associated risks in pregnant adolescents. *Maternal and Child Health Journal*, 16(9), 1820-1827.

- Phipps, M. G., Rosengard, C., Weitzen, S., Meers, A., & Billinkoff, Z. (2008). Age group differences among pregnant adolescents: Sexual behavior, health habits and contraceptive use. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 21(1), 9-15.
- Phipps, M. G., Salak, J. R., Nunes, A. P., & Rosengard, C. (2011). Career aspirations and pregnancy intentions in pregnant teens. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*, 24(2), 11-15.
- Pillow, W. (2006) Teen Pregnancy and Education: Politics of Knowledge, Research, and Practice Source. *Educational Policy*, 20(1), 59-84.
- Pinkleton, B. E., Austin, E. W., Cohen, M., Chen, Y. C. Y., & Fitzgerald, E. (2008). Effects of a peer-led media literacy curriculum on adolescents' knowledge and attitudes toward sexual behavior and media portrayals of sex. *Health communication*, 23(5), 462-472.
- Pires, A. (2010). *Embarazo y autoestima en la mujer* (Tesis de doctorado). Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Plotnick, R. D. (1992). The effects of attitudes on teenage premarital pregnancy and its resolution. *American Sociological Review*, 57, 800-811.
- Polanco, M. D. G. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *RqR Enfermería Comunitaria*, 2(2), 38-61.
- Posada, C. (2014). Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Revista Sexología y Sociedad*, 10(25).
- Postrado, L. T., & Nicholson, H. J. (1992). Effectiveness in delaying the initiation of sexual intercourse of girls aged 12-14: Two components of the girls incorporated preventing adolescent pregnancy program. *Youth and Society*, 23(3), 356-379.
- Prías-Vanegas, H., & Miranda Mellado, C. (2009). Experiencias de adolescentes embarazadas en control prenatal. *Aquichán*, 9 (1), 93-105.

- Pugin, E., Kopplin, E., Larraín, C., Gallego, V., Aramayo, M., & Ortiz, J. (2008). Una experiencia de acompañamiento con doula a adolescentes en trabajo de parto. *Rev Obstet Ginecol*, 73(4), 250-256.
- Puyana, Y. R. (2006). Familias, cambios y estrategias. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional.
- Quinlivan, J. A., Luehr, B., & Evans, S. F. (2004). Teenage mother's predictions of their support levels before and actual support levels after having a child. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 17(4), 273-278.
- Quintero, C., & Sánchez, P. M. (2015). Embarazo en adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(5), 275-282.
- Radestad, I., & Lindgren, H. (2012). Women's perceptions of fetal movements in full-term pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(3), 113-116.
- Rao, U., Hammen, CL, y Polonia, RE (2010). Curso longitudinal de la depresión en adolescentes: Neuroendocrina y los predictores psicosociales *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 49 (2), 141-151.
- Rasines, P. F., & Larrambebere, M. B. (2013). Parentalidades cambiantes: entre la renuncia a la maternidad y la reivindicación de la custodia paterna. *GRAFO working papers*, 2, 1-16.
- Ravert, R. D., Hancock, M. D., & Ingersoll, G. M. (2004). Online forum messages posted by adolescents with type 1 diabetes. *The Diabetes Educator*, 30(5), 827.
- Raynes-Greenow, C. H., Gordon, A., Li, Q., & Hyett, J. A. (2013). A cross-sectional study of maternal perception of fetal movements and antenatal advice in a general pregnant population, using a qualitative framework. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 32.
- Rentschler, D. D. (2003). Pregnant adolescents' perspectives of pregnancy. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 28(6), 377-383.

- Rhodes, J. E., Ebert, L., & Meyers, A. B. (1994). Social support, relationship problems and the psychological functioning of young african-american mothers. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(4), 587-599.
- Ribar, D. C. (1994). Teenage fertility and high school completion. *The Review of Economics and Statistics*, 76(3), 413-424.
- Richardson, R. A., Barbour, N. E., & Bubenzer, D. L. (1995). Peer relationships as a source of support for adolescent mothers. *Journal of Adolescent Research*, 10(2), 278-290.
- Rivero, A. B., Alba, A., Jaramillo, M. C., Quiroga, S. C., & Luque, L. (2012). Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: Una investigación documental clinical complications of teen pregnancy: A documentary research complicações clínicas da gravidez em adolescentes: Uma investigação documental. *Atención Familiar*, 19(4) 82-85.
- Rodríguez C., A., Sanabria Ramos, G., Álvarez Vázquez, L., Gálvez González, A. M., Castañeda Abascal, I., & Rojo Pérez, N. (2008). La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana De Salud Pública*, 34(3), 1-5.
- Rodríguez Carrión, J., & Isabel Traverso Blanco, C. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 519-524
- Rodríguez, J. A., Mirón, L., & Rial, A. (2012). Análisis de la relación entre grupo de iguales, vinculación familiar y escolar, autocontrol y conducta antisocial, en una muestra de adolescentes venezolanos. *Revista de Psicología Social*, 27(1), 25-38.
- Romero – Salinas, G., Pulido, V. H., Gutiérrez Cárdenas, M. E., García-Cavazos, R., Torres Cosme, M., Shea, M., Álvarez Gómez, P. (2011). La frecuencia cardiaca fetal en embarazadas adolescentes. *Clínica e Investigación En Ginecología y Obstetricia*, 38(6), 222-228.
- Rosales-Silva JG, Irigoyen-Coria A. (2013). Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. *Aten Fam.*, 20(4), 101-102.

- Rose-Greenland, F., & Smock, P. J. (2013). Living Together Unmarried: What Do We Know About Cohabiting Families?. In *Handbook of Marriage and the Family* (pp. 255-273). Springer US.
- Rosengard, C., Phipps, M. G., & Pollock, L. (2006). Concepts of the advantages and disadvantages of teenage childbearing among pregnant adolescents: A qualitative analysis. *Journal of Adolescent Health, 38*(2), 154-155.
- Ross, L. E., McLean, L. M., & Psych, C. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *depression, 6*(9).
- Rosselló, J., & Hernández, M. N. B. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista interamericana de psicología Interamerican journal of psychology, 38*(2), 295-302.
- Rubio, A. M. (2010). *Historia medieval del sexo y del erotismo: La desconocida historia de la querella del esperma femenino y otros pleitos*. Ediciones Nowtilus SL. Rubio.
- Russell, S. T. (2002). Childhood developmental risk for teen childbearing in Britain. *Journal of Research on Adolescence, 12*(3), 305-324.
- Sadler, L. S., Novick, G., & Meadows-Oliver, M. (2016). “Having a Baby Changes Everything” Reflective Functioning in Pregnant Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*.
- Salazar, B., Álvarez, E., Maestre, L., León, D., Pérez, O. (2006). Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida de la adolescente. *Medisan, 10*(3).
- Salguero, M. T. R. (2005). *Anticoncepción y salud reproductiva en España: Crónica de una revolución* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperada de:
- <http://www.tdx.cat/handle/10803/4944> A fecha de 14 de mayo de 2013.

- Sanabria, M. L. V. (2012). La educación como herramienta para desarrollar decisiones asertivas en los adolescentes. *Revista Cuidarte*, 3(1).
- Sánchez Basilio, C. I. S. (2016). Percepciones de la Paternidad en los varones adolescentes de la Comunidad de Madrid. *NURE Investigación*, 13(80).
- Sánchez Casado, 1999. Unex Tesis doctoral.
- Sánchez, J. & Hidalgo, M^a. V. (2002). Madres adultas y madres adolescentes. un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. *Apuntes De Psicología*, 20(2), 243-256.
- Sánchez, T., Robles Bello (2008). *Tendencias y dolencias psicológicas del siglo XXI: los vórtices postmodernos*. Salamanca. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.
- Sánchez-Teruel, D., & Bello, M. A. R. (2013). Infancia, adolescencia y juventud en la era digital. *Transformando problemas en oportunidades: evaluación e intervención psicosocial y educativa en la infancia y adolescencia* (pp. 11-38). Servicio de Publicaciones.
- Santiago, E. S., & Rosselló, J. (2015). Contexto familiar, síntomas depresivos y del trastorno de conducta en un grupo de adolescentes puertorriqueños. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 16(1).
- Santos, S.R. y Schor, N. (2003). Vivências da maternidade na adolescência precoce. *Revista de Saúde Pública*, 37 (1), 15-23.
- Saüch, G., & Balcells, M. C. (2013). La proyección de la imagen corporal en jóvenes adultos y en la tercera edad. Una aplicación específica de expresión de la corporalidad. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (24), 113-116.
- Savio Beers, L., & Hollo, R. E. (2009). Approaching the adolescent-headed family: A review of teen parenting. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 39(9), 216-233.

- Schaffer, M. A., Goodhue, A., Stennes, K., & Lanigan, C. (2012). Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. *Public Health Nursing, 29*(3), 218-231.
- Schnike, S. P. (1978). Teenage pregnancy: The need for multiple casework services. *Social Casework, 59*(7), 406-410.
- Schuster, T. L., Kessler, R. C., & Aseltine, R. H. (1990). Supportive interactions, negative interactions and depressed mood. *American Journal of Community Psychology, 18*, 423-438.
- Sedgh, G., Finer, L. B., Bankole, A., Eilers, M. A., & Singh, S. (2015). Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: Levels and Recent trends. *Journal of Adolescent Health, 56*(2), 223-230.
- Serrano, J. (2013). *Parentalidad, vínculo conyugal y psicopatología en la infancia y adolescencia* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10662/489> A fecha de 12 de marzo de 2015.
- Seybert, H. (2011) *Internet use in households and by individuals in 2011*. Luxembourg: EUROSTAT
- Sgarbossa, D., & Ford-Gilboe, M. (2004). Mother's friendship quality, parental support, quality of life, and family health work in families led by adolescent mothers with preschool children. *Journal of Family Nursing, 10*(2), 232-261.
- Shaffer, D. R., & del Barrio Martínez, C. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Shanok, A. F., & Miller, L. (2007). Stepping up to motherhood among inner-city teens. *Psychology of Women Quarterly, 31*(3), 252-261.
- Shearer, D. L., Gyaben, S. L., Gallagher, K. M., & Klerman, L. V. (2005). Selecting, implementing, and evaluating teen pregnancy prevention interventions: Lessons from the CDC's Community Coalition Partnership Programs for the Prevention of Teen Pregnancy. *Journal of adolescent health, 37*(3), 42-52.

- Sherman, L. E., & Greenfield, P. M. (2013). Forging friendship, soliciting support: A mixed-method examination of message boards for pregnant teens and teen mothers. *Computers in Human Behavior, 29*(1), 75-85.
- Shieh, C., Kravitz, M. y Wang, H.H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *Journal Medical Science, 17*(9), 448-454.
- Siegel, R. S., & Brandon, A. R. (2014). Adolescents, pregnancy, and mental health. *Journal of pediatric and adolescent gynecology, 27*(3), 138-150.
- Silva, I. (2007). La adolescencia y su interrelación con el entorno. Madrid: Injuve. Estudios. Edición electrónica.
- Silva, D. da y Salomão, N. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia, 8* (1), 135-145.
- Sina, D. E., Valdivieso, J. B., & Del Pino, L. V. (2003). Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999. *Revista panamericana de salud pública, 14*(1), 3-8.
- Sipsma, H., Divney, A. A., Niccolai, L. M., Gordon, D., Magriples, U., & Kershaw, T. S. (2012). Pregnancy desire among a sample of young couples who are expecting a baby. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 44* (4), 244–251.
- Sipsma, H. L., Ickovics, J. R., Lewis, J. B., Ethier, K. A., & Kershaw, T. S. (2011). Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Women's Health Issues, 21*(2), 110-116.
- Slater, H. M., Mitschke, D. B., & Douthit, P. (2011). Understanding Qualities of Positive Relationship Dynamics Between Adolescent Parents and Their School-Based Counselors. *Journal of Family Social Work, 14*(4), 354-368.
- Smith, M. L., Gilmer, M. H., Salge, L. E., Dickerson, J. B., & Wilson, K. L. (2013). Who enrolls in teen parent education programs? an emphasis on personal and familial characteristics and services received. *Child and Adolescent Social Work Journal, 30*(1), 21-36.

- Smith, P. B., Nenney, S. W., Weinman, M. L., & Mumford, D. M. (1982). Factors affecting perception of pregnancy risk in the adolescent. *Journal of Youth and Adolescence*, 11(3), 207-215.
- Solé, C., & Parella, S. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales “exitosas”. *Rev Esp Invest Sociol*, 4, 67-92.
- Soller, B., Haynie, D. L., & Kuhlemeier, A. (2016). Sexual intercourse, romantic relationship inauthenticity, and adolescent mental health. *Social Science Research*.
- Spicer, J., Werner, E., Zhao, Y., Choi, C. W., Lopez-Pintado, S., Feng, T., Monk, C. (2013). Ambulatory assessments of psychological and peripheral stress-markers predict birth outcomes in teen pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4), 305-313.
- Stern, C. (1997) Embarazo adolescente: Significado e implicaciones para distintos sectores sociales. *Salud Pública Méx* 39(2), 137-143.
- Stern, C. (2004). Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Stevens - Simons, C., Sheeder, J. (2004). Paradoxical adolescent reproductive decisions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 17, 29–33.
- Stevens-Simon, C., & White, MM (1991). El embarazo en adolescentes. *Anales pediátricos* , 20 (6), 322-331.
- Stevenson, B. A, Maton, D., Kenneth I. & Teti, D., Douglas M. (1998). School importance and dropout among pregnant adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 22(5), 376-382.
- Subrahmanyam, K.; Greenfield, P. and Michikyan, M. (2015). Comunicación electrónica y generaciones adolescentes. *Infoamérica* 9, (1) 115-130.
- Subrahmanyam, K., Reich, S. M., Waechter, N., & Espinoza, G. (2008). Online and offline social networks: Use of social networking sites by emerging adults. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 29(6), 420-433.

- Subrahmanyam, K., Šmahel, D., & Greenfield, P. M. (2006). Connecting developmental process *Psychiatry*, *158*(1), 22-57.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, *7*(3), 321-326.
- Svoboda, D. V., Shaw, T. V., Barth, R. P., & Bright, C. L. (2012). Pregnancy and parenting among youth in foster care: A review. *Children and Youth Services Review*, *34*(5), 867-875.
- Swadi, H. (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, *55*(3), 209-224.
- Swann, C., Bowe, K., Kosmin, M., & McCormick, G. (2003). Teenage pregnancy and parenthood: a review of reviews. Evidence briefing. London: Health Development Agency.
- Szigethy, E. M. y Ruíz, P. (2001). Depression among pregnant adolescents: an integrated treatment approach. *American Journal of Psychiatry*, *158* (1), 22-27.
- Talashek, M. L., Alba, M. L., & Patel, A. (2006). Untangling the health disparities of teen pregnancy. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, *11*(1), 14-27.
- Tamis-Lemonda, C. S., Shannon, J., & Spellmann, M. (2002). Low-income adolescent mothers' knowledge about domains of child development. *Infant Mental Health Journal*, *23*(1-2), 88-103.
- Thompson, S. J., Bender, K. A., Lewis, C. M., & Watkins, R. (2008). Runaway and pregnant: Risk factors associated with pregnancy in a national sample of Runaway/Homeless female adolescents. *Journal of Adolescent Health*, *43*(2), 125-132.
- Thompson, M. & Caulfield, R. (1998). Teen pregnancy and parenthood: Infants and toddlers who need care infants and toddlers. *Early Childhood Education Journal*, *25*(3), 203-205.

- Thompson, M. S., & Peebles-Wilkins, W. (1992). The impact of formal, informal, and societal support networks on the psychological well-being of black adolescent mothers. *Social Work, 37*(4), 322-328.
- Thompson, S., Zittel-Palamara, K., & Maccio, E. (2004). Runaway youth utilizing crisis shelter services: Predictors of presenting problems. *Child and Youth Care Forum, 33* (6), 387–404.
- Tiwari A., Chan K.L., Fong D., Leung W., Brownridge D.A. & Lam H. et al. (2008). The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115*(3), 377-384.
- Toner, E., Haslam, N., Robinson, J., & Williams, P. (2012). Character strengths and wellbeing in adolescence: Structure and correlates of the values in action inventory of strengths for children. *Personality and Individual Differences, 52*(5), 637-642. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.014>
- Toomey, R. B., Umaña-Taylor, A. J., Jahromi, L. B., & Updegraff, K. A. (2013). Measuring social support from mother figures in the transition from pregnancy to parenthood among mexican-origin adolescent mothers. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 35*(2), 194-212.
- Tribó, G. (2008). El nuevo perfil profesional de los profesores de secundaria (The new professional profile of secondary school teachers). *Educación XXI, UNED, 11*(1), 183-209.
- Trindade, Z. A., & Menandro, M. C. S. (2002). Pais adolescentes: Vivência e significação. *Estudos De Psicologia, 7*(1), 15-23.
- Trinidad-Noguera, K. I., de Oca, V. G. C. M., Carrasco-Ponce, B., & Sánchez-Valdivieso, E. A. (2015). Percepción de la relación afectiva con los padres como principal factor que influye sobre el embarazo en adolescentes en Veracruz, México. *Revista sobre la infancia y la adolescencia, (8)*, 75-83.
- Tsikouras, P., Dafopoulos, A., Trypsianis, G., Vrachnis, N., Bouchlariotou, S., Liatsikos, S. A., & Von Tempelhoff, G. F. (2012). Pregnancies and their obstetric

- outcome in two selected age groups of teenage women in Greece. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25(9), 1606-1611.
- Tuttle, J. I. (1988). Adolescent pregnancy: Factoring in the father of the baby. *Journal of Pediatric Health Care*, 2(5), 240-244.
- Tynes, B., Reynolds, L., & Greenfield, P. M. (2004). Adolescence, race, and ethnicity on the internet: A comparison of discourse in monitored vs. unmonitored chat rooms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(6), 667-684.
- Tzilos, G. K., Zlotnick, C., Raker, C., Kuo, C., & Phipps, M. G. (2012). Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 397-401.
- Updegraff, K. A., Perez-Brena, N. J., Umaña-Taylor, A. J., Jahromi, L. B., & Harvey-Mendoza, E. C. (2013). Mothers' trajectories of depressive symptoms across mexican-origin adolescent daughters' transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 376.
- United Nations Educational Scientific Cultural Organisation-UNESCO (2005) *Hacia las sociedades del conocimiento*. Paris: UNESCO.
- Unterscheider, J., Horgan, R. P., Greene, R. A., & Higgins, J. R. (2010). The management of reduced fetal movements in an uncomplicated pregnancy at term: Results from an anonymous national online survey in the Republic of Ireland. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 30(6), 578-582.
- Urra, J. (2013). *Mapa sentimental: Alcanza la estabilidad emocional conociendo tus sentimientos*. Madrid: Aguilar.
- Urra, J. (2015). *El pequeño dictador crece, Padres e hijos en conflicto*. La Esfera de los Libros.
- Urreta, M., (2008). *Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho*. (Tesis en red) Universidad nacional mayor de san marcos. Facultad de medicina humana. Lima, Perú. Recuperado de:

- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/Urreta> a fecha de 3 de mayo de 2014.
- Valero, C., Nebot, M., & Villalbí, J. R. (1994). Embarazo en adolescentes en Barcelona: distribución, antecedentes y consecuencias. *Gaceta Sanitaria*, 8(43), 155-161.
- Vallejo, R. (1998) *Aspectos psicológicos del embarazo y su interrupción en la adolescencia: una investigación empírica* (Tesis doctoral) Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperada de:
- <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/566/aspectos-psicologicos-del-embarazo-y-su-in/> A fecha de 12 mayo de 2012.
- Valerio, M. (2014, 2 de octubre). Anticonceptivos contra los embarazos adolescentes. *El mundo*. Recuperado de:
- <http://www.elmundo.es/salud/2014/10/02/542c1fd8ca4741de668b4592.html>
- Vallet, M. (2006). *Cómo educar a nuestros adolescentes: un esfuerzo que merece la pena*. Madrid: Praxis.
- Valverde, P. R., De Los Santos, F. R., & Rodríguez, M. D. C. M. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K., & Peeters, E. (2016). Exploring the role of social networking sites within adolescent romantic relationships and dating experiences. *Computers in Human Behavior*, 55, 76–86.
- Vásquez, C. L., Sánchez, J. Q., Caicedo, H. J. J., & Parrado, J. A. P. (2013). Experiencias y sentimientos vividos durante una gestación de alto riesgo: Un estudio documental 2005-2011. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral De Enfermería*, 12(3), 357-386.
- Veloso, L. U. P., & de Souza Monteiro, C. F. (2013). Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(1), 433-441.

- Vernon, M. (1991). Adolescent childbearing. *North Carolina Medical Journal*, 52(5), 209-212.
- Videra-García, A., & Reigal-Garrido, R. (2013). Autoconcepto físico, percepción de salud y satisfacción vital en una muestra de adolescentes. *Anales De Psicología*, 29(1), 141-147.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & la Vara-Salazar, D. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud pública de México*, 57(2), 135-143.
- Viñas Sifontes, L. N., Chávez Roque, M., Virrella Trujillo, M. E., Santana Serrano, C., & Escalona Cabrera, K. (2008). Intervención educativa en jóvenes estudiantes sobre embarazo en la adolescencia. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 12(6), 7-11.
- Von Der Ahe, C. V. (1969). The unwed teen-age mother. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 104(2), 279-287.
- Waldrip, A. M., Malcolm, K. T., & Jensen-Campbell, L. A. (2008). With a little help from your friends: The importance of high-quality friendships on early adolescent adjustment. *Social Development*, 17(4), 832-852.
- Warwick, I., Aggleton, P., Rivers, K. (2005) Accrediting Success: Evaluation of a Pilot Professional Development Scheme for Teachers of Sex and Relationship Education Sex Education: *Sexuality, Society and Learning*, 5(3), 235-252.
- Weeda, K. & Nicholson, J., S. (2014). Differential social evaluation of pregnant teens, teen mothers and teen fathers by university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, 20(1), 1-16.
- Weinman, M. L., Smith, P. B., Geva, J., & Buzi, R. S. (1998). Pregnant and postpartum adolescents' perceptions of the consequences of child abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 15(4), 287-301.
- Wellings, K., & Kane, R. (1999). Trends in teenage pregnancy in England and Wales: how can we explain them? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92(6), 277-282.

- Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2011). Les pères adolescents: Le versant oublié des grossesses à l'adolescence. *Neuropsychiatrie De l'Enfance Et De l'Adolescence*, 59(7), 433-438.
- Whitehead, E. (2009). Understanding the association between teenage pregnancy and inter-generational factors: A comparative and analytical study. *Midwifery*, 25(2), 147-154.
- Whiteley, L. B., & Brown, L. K. (2010). Adolescent pregnancy and parenting. *Current Psychiatry Reviews*, 6(4), 269-279.
- Whitworth, M., & Cockerill, R. (2014). Antenatal management of teenage pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 24(1), 23-28.
- Wiemann, C. M., Rickert, V. I., Berenson, A. B., & Volk, R. J. (2005). Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy? *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 352-357.
- Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33 (6), 479-493.
- Williams, K., & McGillicuddy-De Lisi, A. (1999). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537-549.
- Williams, L. R., & Rueda, H. A. (2016). Mexican american adolescent couples' vulnerability for observed negativity and physical violence: Pregnancy and acculturation mismatch. *Journal of Adolescence*, 52, 170-181.
- Wilson, H., & Huntington, A. (2006). Deviant (m) others: The construction of teenage motherhood in contemporary discourse. *Journal of social policy*, 35(01), 59-76.
- Woodward, L., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *Journal of Marriage and Family*, 63(4), 1170-1184.

- Wright, P., Davis, A., Ann. (2008) Adolescent Parenthood through Educators' Eyes: Perceptions of Worries and Provision of Support. *Urban Education*. 43(6), 671-695.
- Yago-Simón, T., & Tomás-Aznar, C. (2015) ¿Influye la familia de origen en el embarazo no planificado de adolescentes y jóvenes? *Progresos De Obstetricia y Ginecología*, (0) doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.11.014>
- Young, T., Turner J., Denny, G. (2005) Examining external and internal poverty as antecedents of teen pregnancy. *Am J Health Beh*, 28(4), 361– 373.
- Zeck, W., Bjelic-Radisic, V., Haas, J., & Greimel, E. (2007). Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial, and educational changes. *Journal of Adolescent Health*, 41(4), 380-388.
- Zapata, R., Cano, A. y Moya J. (2002). Tareas del desarrollo en la edad adulta. *Psiquis*, 23 (5), 185-197.
- Zárate Alva, N. E. (2013). *Maternidad adolescente de las jóvenes tuteladas en Cataluña* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de: <http://www.tdr.cesca.es/bitstream/handle/10803/125860/neza1de1.pdf?sequence=1> A fecha de 13 de junio de 2015.

Anexos

“La mayoría de actos sociales deben ser entendidos en su contexto, ya que pierden significado si son aislados” (Solomon Asch).

“La palabra “felicidad” perdería su sentido si no se equilibra con tristeza” (C. G. Jung).

Anexo I

ESTUDIO DE UN CASO

El caso que a continuación será objeto de análisis puede servir de ejemplo para profundizar en cómo la aceptación de la gestación, no tiene por qué depender de una variable o factor único. En las próximas líneas se reflejarán algunos detalles que han podido mediar en el desarrollo prenatal de la gestante adolescente y que han condicionado su aceptación y adaptación a este nuevo proceso.

A través de las palabras de la participante, podemos comprender no sólo la importancia que adquiere en la aceptación del embarazo, la presencia de una figura de apoyo que posibilite exteriorizar su problemática y ser escuchada, sino también, principalmente, cómo esa aceptación dependerá en gran medida de ella misma.

La adolescente fue observada y acompañada durante cinco meses: desde el cuarto mes de gestación hasta el octavo mes, que concluyó con un parto prematuro. La gestante mantuvo comunicación y contacto directo con la investigación, no sólo durante los cinco meses de embarazo en los que se sintió acompañada, sino también después del parto. Este proceso de comunicación se ponía en funcionamiento a través de medios tecnológicos que facilitaron las llamadas telefónicas y comunicaciones vía mensajería instantánea.

Se efectuó un seguimiento personalizado a la adolescente, siendo voluntaria participante, al mismo tiempo, que podía aportar información útil a la investigación, así como sugerir propuestas.

Gomes, Amazarray, Machado y Oliveira (1998) investigaron la participación de las adolescentes en intervenciones realizadas durante el periodo prenatal. Las adolescentes en estas investigaciones reconocieron haber vivido una experiencia positiva y útil, mediante intervenciones que possibilitaban la aclaración de numerosas dudas sobre el embarazo, el parto y el desarrollo del niño.

A continuación, se expondrá la descripción del caso de Ana, con esta descripción ponemos de relieve la importancia que adquiere una intervención oportuna en la gestación de cara a mejorar la adaptación a la maternidad.

Se presentará su caso a partir de fragmentos de conversaciones mantenidas entre enero y abril de 2013. Algunas aseveraciones no están realizadas en función del comentario reflejado, sino de todo el proceso de investigación efectuado, ya que a partir de un fragmento, sería difícil llegar a delimitar tales conclusiones.

Descripción del caso

Ana es una chica adolescente embarazada de 16 años, que ante su difícil situación familiar es atendida por Fundación Red Madre. Ana ha decidido no abortar, pero psicológicamente no se encuentra preparada para afrontar los cambios que se aproximan fruto del embarazo. Es decir, a Ana le cuesta aceptar su incipiente embarazo.

Cuando se inició el contacto con Ana, ésta se encontraba en el tercer mes de gestación y es en ese momento, cuando anticipamos que Ana se encuentra en una situación complicada a nivel familiar, *“la madre de Ana ha rechazado a su hija por estar embarazada”*, en ese momento Ana se pone en contacto con la investigación e iniciamos un contacto ocasional vía email, para posteriormente, complementarse con contactos periódicos vía móvil.

La familia de Ana no presenta graves dificultades económicas. Ana acude a un colegio no público y está cursando primero de Bachillerato. Al mismo tiempo, convive en el seno de una familia donde la figura paterna está ausente, y donde la madre es la única figura autoritaria que ejerce el papel de madre y padre.

“Gracias por tu comprensión, ahora tengo una situación compleja, ya yo supongo que él (se refiere a su novio) hasta que no coja a la niña en brazos no lo tendrá tan claro como yo, pero me duele su incomprensión y su falta de tacto.”

Ana, refiriéndose al futuro padre de su hija, subraya en él una falta de comprensión, intenta asimismo revelar que espera de él mayor sensibilidad, más “tacto” ante su inesperado embarazo. Sin embargo, a raíz de otras situaciones relatadas por Ana, especialmente por sus experiencias vividas, llega a vivenciar como “normal” el comportamiento de su pareja, respaldándose especialmente en el prejuicio de que “todos los hombres son así”. Por tanto, no le sorprende tal reacción. Su relación de pareja sufre altibajos, pues se distancian y luego vuelven a estar juntos, y así sucesivamente.

“Espero que todo esto mejore porque si no, no sé a dónde voy a ir a parar, es el único que me queda si él me falla estoy sola y no sé si me asusta más quedarme sola y en la calle o

perderle... Gracias a ti por escucharme. Pero yo cuando tenía a él, dentro de lo malo sentía que me quería y que me apoyaba y que alguien estaba de mi parte”

“No quiero estar sola porque me siento sola, a veces tengo ganas de tirar la toalla y decir que otro se encargue de ella, pero sé que ella no tiene culpa. Ha sido mi primero, y el que me ha dado una ilusión, me ha dado a mi hija”.

“Él no quiere, dice que va a pedir la custodia compartida cuando nazca, pero sé que no se la van a conceder y si se la conceden hasta que no tenga seis o siete años la niña no podrá.

Ana manifiesta que su situación es crítica, especialmente por la soledad que experimenta. Tal y como describe, el apego que puede unirla a su madre, sería de tipo evitativo. Recordemos que los adolescentes con apego de tipo evitativo se muestran bastante distantes y fríos en las relaciones que mantienen con sus padres, y también con los iguales. Este distanciamiento y frialdad constituyen una estrategia defensiva. En el caso de Ana, el rechazo es directo por parte del padre e indirecto por parte de su madre, ambos han influido en las dificultades que Ana manifiesta actualmente en sus relaciones afectivas y en su necesidad de búsqueda de apoyo.

Gran parte de las conversaciones mantenidas con Ana se desarrollan en torno a su necesidad de afecto. Es decir, la soledad, el sentimiento de sentirse fuera de lugar, la necesidad de comprensión, todo ello, está por encima de la asunción de responsabilidades o de conocer las consecuencias que implica su embarazo. Ana siente miedo al pensar que su pareja pueda “abandonarla”, esto le impide poder plantearse aspectos vinculados a la futura maternidad. Ana verbaliza ciertos miedos, entre ellos a quedarse completamente sola.

“Porque cada vez que me veo la barriga y estoy de bajón me deprimó, tengo toda la cara hinchada y estoy llena de estrías...Pero no es para tanto”

Dada esta situación difícil familiar, evidentemente las molestias físicas quedan relegados a un segundo plano.

- Mi único pasatiempo es coger los libros de mi antiguo colegio y estudiar, ver la tele y poco más pero casi todo el día en la habitación, menos cuando voy a sacar a la perra.

- Ya, bueno me echaron del colegio. Estaba en primero de bachiller. No sé solo sé que le dijeron a mi madre que me sacara del colegio. Vamos se lo "aconsejaron".

Simultáneamente, podemos reconocer una falta de orientación y apoyo por parte del entorno académico en el que se encuentra la gestante. Tal y como sostiene Ana, el colegio aconsejó a su madre que ella debía abandonar las clases dado su estado de gestación. Además, a raíz de esta situación, según la adolescente, no se inició ningún tipo de conversación, no se le proporcionó información, orientación o alternativas para continuar sus estudios. Al no poder ocupar su tiempo con rutinas que ya tenía adquiridas y no poder retomar su vida cotidiana estudiantil, le abrumaron preocupaciones, sentimientos y pensamientos que por la noche se traducían en sueños. El miedo al parto pudo manifestarse también, como en este caso, en forma de pesadillas.

- *“Yo al principio tenía una pesadilla horrible, hasta los cuatro meses o cinco que deje de tenerla (...) Soñaba que tenía a mi hija en otra época, creo que la Edad Media, que paría en una casa en ruinas y que venían unos hombres como salvajes, me la quitaban de las manos y la degollaban delante mía, (...) sí lo pasaba fatal, encima yo soy asmática y me daban crisis de asma cuando despertaba y me ahogaba...”.*

- *“¿Te da miedo el parto?”*

- *“Bueno, ya pero quiero hacerlo como mi madre: sin nada, porque yo quiero saber lo que es un parto de verdad: mi madre me ha enseñado a que o eres fuerte o te comen”.*

Progresivamente, a medida que avanzaba el embarazo, y con él, las comunicaciones entre Ana y la investigación, la situación de Ana fue mejorando. A este cambio optimista podemos atribuirle un cambio de residencia, el retomar sus estudios en otra ciudad y el sentirse escuchada y apoyada desde esta investigación.

Progresivamente, se hace cada vez más notable la confianza que Ana deposita en ella misma y así lo refleja en su seguimiento. Es a partir de este momento, cuando comienza a ser más consciente de su embarazo y de los cambios que se aproximan.

Si bien, esta toma de conciencia del embarazo, no la exime de dejar a un lado las preocupaciones y el miedo a no poder alcanzar un futuro prometedor. Al mismo tiempo, manifiesta cierto miedo a no poder continuar sus estudios y a no poder ir a la universidad con sus amigas. Ella observa cómo se aproxima el final de Bachillerato y desconoce lo que le puede deparar el futuro y qué acontecerá respecto a su futuro profesional. Ana se plantea también si podrá ser “buena madre” e incluso si podrá ejercer como madre.

- A: *Yo quiero estudiar veterinaria. Pero no creo que pueda ya. Pero yo me estoy planteando darla en adopción para que tenga un mejor futuro y sea feliz y tenga mejor vida.*

- A: *Mi hija lo será (feliz) y yo sólo pienso en ella, no quiero ser egoísta y quedármela para que sufra, aunque me ha dicho mi madre que a lo mejor hay posibilidad de una adopción abierta*

- A: *Cada día, cada noche, cada minuto lo pienso en hacerla feliz. Ante todo es su felicidad, ella es la que importa no yo*

- A: *Si para que sea feliz tengo que renunciar a ella, que no te quepa duda que lo haré.*

- A: *...Porque en eso consiste ser madre en hacer todo lo posible para que tus hijos sean felices. Ya lo sé. Pero y si me arriesgo y no es así. Me apoyan que lo hacen pero yo me siento sola con ellos y ellos tienen sus vidas.*

Cuando se aborda el tema del futuro bebé, Ana suele terminar hablando de ella misma. Lo que más le preocupa e inquieta no es afrontar un embarazo, sino someterse a la maternidad. Estar embarazada no implica ser madre. Tampoco tiene por qué ayudar el hecho de que cuente con el “*apoyo materno*”, pues verdaderamente, tal y como lo percibe ella, no existen lazos afectivos sólidos que le permitan poner fin a una relación en cierto modo ambivalente.

Probablemente, desde el entorno familiar tampoco se le está proporcionando una ayuda eficaz desconsiderada o desinteresada, así como una relación estable afectiva, recordemos sus palabras: “*ellos tienen sus vidas*” y “*me ayudan por no dejarme en la calle*”.

En lo que respecta al miedo a ser madre, estas son sus respuestas:

“No es que yo no me crea capaz, porque aunque no lo creas siempre soñé con el momento de quedarme. Mi sueño de siempre ha sido ser madre. Pero quiero darle todo, lo mejor y pienso que no podré y que la voy a hacer sufrir”

“Estoy sola, mi madre casi ni me habla, discutí con mi novio y me dejó, yo no tengo padre ni a quién recurrir”.

Ana se refugia en aseverar que estar embarazada era el sueño de su vida, pero “*no en este momento*”; puede ser que “*ser madre*” haya formado parte de su fantasía cuando era niña. Sus metas y objetivos a lo largo de la investigación sufren una clara

evolución, pasan de girar en torno a ser una buena madre hasta recuperar la relación con su pareja para no sentirse sola.

A medida que avanza el embarazo ella va experimentando los primeros movimientos fetales. Cada vez que habla de su bebé, de la maternidad, progresivamente Ana va siendo consciente de que está aceptando su embarazo y con ello, va mejorando también sus relaciones con el entorno. Si bien, todavía necesita una estabilidad exterior que le ayude a estabilizarse interiormente.

Ana es consciente de lo difícil que resulta aceptar inicialmente el embarazo y cómo esta aceptación ha ido evolucionando. Progresivamente, va centrándose en su maternidad y en el rol que va a desempeñar. Es capaz de recordar y verbalizar cómo fueron sus primeros días tras conocer que esperaba un bebé.

“La verdad es que me costó hacerme a la idea de que iba a ser madre, no me lo creía, me hice un montonazo de test de embarazo y todos salían positivos, no sé por qué pero buscaba ese negativo que lo aclarase todo y nunca llegó me tire dos meses haciéndome tests de embarazo y ya me decidí, se lo conté a mi ex y fuimos al médico y me hicieron unas analíticas y me preguntó cuándo fue la última vez que tuve la menstruación (...)ya habían pasado tres meses, me dio cita con la matrona”.

Uno de los aspectos fundamentales que se extrae de toda la información aportada por Ana, es la *“toma de conciencia”*, pues es evidente que ella va siendo consciente de que va a ser madre a medida que avanza su embarazo y afronta con éxito las adversidades. Esta aceptación progresiva del embarazo estuvo afortunadamente acompañada de una identificación con el rol materno. En esta identificación, Ana descubre la importancia de mantener una buena relación con su madre.

“Estando juntas, el otro día fuimos a comprar la cuna, el moisés y el tacatá, me fui yo a mirar cosas y al rato la vi llorando y me dijo que sabía que cuando más la necesitaba me había dejado sola y que lo sentía mucho pero que ella se esperaba que esto pasaría cuando fuese más mayor, además no es algo que planeara simplemente pasó. Pues sí me puse súper feliz. Además, es un nombre muy bonito feo no es... y tampoco es muy común”.

Durante todo este tiempo y a tan solo un mes de que Ana dé a luz, ella confirma que su madre está embarazada también. Aunque al principio manifiesta una aparente felicidad, luego se siente desprotegida y reconoce su desilusión, pues ve peligrar el

protagonismo de su futura hija en el núcleo familiar, así como el suyo propio, más aun habiendo logrado una reconciliación con su madre.

“Si estoy súper feliz, madre mía, ya no voy a ser la pequeña. Pues sí, pero dos bebés que se van a llevar un año, va a ser un follón. Mi madre es una copiota, me vio a mí embarazada y eso se lo voy a decir cuando venga a casa.”

“Estoy súper triste, ya no podré ser veterinaria como quería. Carla ya no se va a sentir orgullosa de mí y la recuperación aunque las recupere solo podré sacar un 5. En segundo ya tendré un bebe que me ocupará todo el tiempo. Si me siento orgullosa, pero a veces cuando me dan bajones pienso que sería mejor que hubiese llegado más tarde. Encima ahora con lo de mi madre...”

Como fortaleza de Ana, cabe destacar no sólo su esfuerzo en el afrontamiento de situaciones difíciles, sino también, el poder mantener siempre una disposición favorable ante las metas que ella misma se establecía.

“Me gusta esto que he cogido de un libro, “la mayoría de recién nacidos son deseados, o sea, que arriba en el espacio las almas vuelan en busca de cuerpos en los que vivir hasta que aquí abajo en la Tierra dos personas que 'se aman' practican el sexo y, el deseo se cumple, es cierto que se oyen historias sobre como planifican los hijos esas familias perfectas, pero la verdad es que la mayor parte de los niños son producto de noches de borrachera y de falta de anticonceptivos, son 'accidentes', solo la gente a la que le cuesta tenerlos es la que realmente los planifica”

Ana ha afrontado un desafío, probablemente el mayor de su vida. Si bien, *“todo ha merecido la pena”*, la entrada a esta prematura maternidad ha supuesto una nueva ilusión, una nueva esperanza que gira en torno a no volver a sentirse sola y poder estar con su hija.

“Lo he pasado mal en mi vida, pero el 25 de marzo me di cuenta que todo por lo malo que he pasado ha merecido la pena. Entendí a mi madre, y entendí lo duro que debió ser que tu pareja... entendí lo que es que te abandonen y te quedas sola, porque todo lo que ha logrado sola”.

“Cada día que pasa desde que ella nació, me repito a mí misma que gracias al destino, Dios... o quien fuese que hizo que ese día Jorge y yo nos acostásemos porque gracias a ello mi cosita guapa está aquí conmigo, y además es el bebé más bonito que vi en toda mi vida. Ya

estoy deseando salir porque estoy harta del hospital y ahora tengo que ir una vez al día a verla: soy una adolescente orgullosa de su bebe y cansada”.

Ana, a través de la escritura, puede expresar desde sus sentimientos y sensaciones, hasta sus experiencias de superación. De hecho, a menudo escribe en un blog sus reflexiones.

“Después de horas de agonía, llegaba el momento de ver tu rostro inmaculado, y con las últimas contracciones pensaba que nadie que amase a alguien como como tú supuestamente harías, podría hacer que alguien sufriera como yo sufría en ese momento. De repente el dolor cesó y escuche como el maullido de un gatito, estaba desconcertada, agotada. Cerré y abrí los ojos y te vi la cara, se paró el tiempo... Todas esas horas de intenso dolor cobraron sentido en ese instante, esa madrugada. Es de mi libro.”

Ana desconoce hasta qué punto es importante ser capaz de reflejar a través de la escritura, lo que acontece en su día a día, ya que esto puede mejorar su motivación, puede incluso promover la reflexión sobre las situaciones, así como posibilitar la toma de conciencia sobre lo que le ayuda o le perjudica. Ella misma sabe que su propio aprendizaje implica conocerse a sí misma.

“Porque quieras o no depende del funcionamiento de tu cabeza, así eres de una forma u otra”.

Antes de poner fin a este apartado, hemos de centrar nuestra atención en el foco del conflicto durante la gestación: la relación de Ana con su madre. Ana considera que su madre “le hace la vida imposible”, pero a su vez, es la persona que según ella, “más la quiere y de la que dependen económicamente su hija y ella”.

De esta forma, Ana pasa de experimentar odio a un amor muy fuerte, tal y como ella misma expresó. Continuamente está hablando de su madre, mencionando a ésta en casi todas las conversaciones. *“Ella se relaciona con su madre con ansias de poseerla, temor de perderla y odio por no poder alcanzarla, odiándola también y temiendo entonces su venganza”* (Fajardo y Vicente, 1998, p.281). De acuerdo a esta afirmación, no podrá lograr una identificación con la función materna de su madre (Fajardo y Vicente, 1998, p.281).

El apoyo percibido por Ana desde la investigación, el seguimiento efectuado durante su embarazo, los movimientos fetales, así como el sentirse escuchada,

permitieron a Ana progresivamente ir aceptando su embarazo, siendo progresivamente más consciente del mismo.

Una deteriorada relación con la madre hizo que tambalease su estado de ánimo en muchos momentos; simultáneamente, la ausencia del padre en el hogar familiar también acentuaba esta difícil situación. Si bien, el déficit de apoyo que percibía junto a su corta edad no fueron determinantes en la aceptación de su embarazo.

Su propio esfuerzo, su capacidad para superar dificultades y cambios (de residencia, de relaciones), así como su motivación de logro en la resolución de situaciones adversas, hicieron que creciera en Ana el sentimiento de que podría ser feliz al tener al bebé y que éste podría ser feliz con ella, alcanzando una nueva forma de ver la vida que ahora daría comienzo.

La familia puede concebir en un principio el embarazo no planificado como una ruptura en la confianza que había depositado en la hija. El embarazo se convierte así en un gran desafío para ellas y las familias. Al principio, necesitan regresar a su vida anterior, e incluso pueden sentir que quieren abortar. Si bien, el momento de escuchar el corazón del bebé en su vientre, suele ser un punto clave de inflexión a partir del cual no serán capaces de renunciar al afecto que comenzará a crecer.

Con el nacimiento del bebé puede ser que la adolescente tenga que adaptarse a nuevos cambios y situaciones derivadas del cuidado del bebé. Sin embargo, la mayoría de ellas creen que escogieron el camino correcto porque no imaginan una vida sin él.

Anexo II

RECOLECCIÓN CUALITATIVA DE DATOS: ENTREVISTAS

A pesar de que en el diseño de investigación de este trabajo se haya optado por un enfoque metodológico científico riguroso, no deja de tener por ello, un marcado carácter contextualizador y holístico; y por tanto, las conclusiones que emanan de él, no solo proceden de información observable directamente, sino también, de información que arrojan las propias gestantes.

En este sentido, Según Jones (1985), la entrevista sería considerada: *“la mejor manera de acceder al mundo del individuo”* (Sánchez Casado, 1998; p.621). Tanto es así, que este tipo de técnica de recolección de información posibilita a todo investigador poder extraer datos cualitativos, -por ejemplo, del pasado o presente de una persona-, siendo éstos fundamentales para cualquier estudio.

Las entrevistas, además de constituir un medio fundamental de acceso a información relevante, promueven la reflexión acerca de aspectos de interés para el investigador. De ese modo, y en nuestro caso, las entrevistas cualitativas electrónicas realizadas, aportaron datos generales concernientes a la vida de las adolescentes como: hijas, hermanas, amigas o alumnas; pero también, y en segundo lugar, a través de ellas fue posible acceder a vivencias específicas que acontecieron a raíz de la gestación (molestias, dificultades, motivaciones, ilusiones, movimientos fetales...).

Para estructurar y sistematizar toda esta información recopilada, se definieron dos entrevistas diferentes que a continuación serán objeto de análisis.

Entrevista I: Historia personal y vida familiar, relaciones con personas significativas para la gestante

La descripción que las futuras madres van a realizar de sí mismas y de sus familias va a caracterizarse en gran medida, en función de las relaciones y carencias afectivas experimentadas con sus familiares desde su infancia, especialmente con sus progenitores (Moyeda et al., 2006).

El tipo de familia, el nivel socioeconómico, así como las relaciones que se generan en el seno de la misma, son factores a tener en cuenta en esta descripción. De ese modo, algunos estudios, como ya fueron presentados en el marco teórico, han demostrado que las tasas de embarazo adolescente son mayores en las familias con problemas socioeconómicos (Coley y Chase-Lansdale 1998; Garrett y Tidwell, 1999) en historias familiares donde predomina el consumo de alcohol (Haldre et al. 2009) y también en madres con bajos niveles educativos (Miller et al. 2001; Pereira et al. 2005).

Figura materna: experiencias infantiles con sus madres y trato recibido por ellas

¿Qué palabras usarías para describir a tu madre? ¿Puedes describir cómo era la relación con tu madre cuando eras pequeña?, ¿Te sentías cercana a ella?, ¿Cuándo ella se enfadaba, cómo lo demostraba? ¿Cómo ejercía su disciplina? ¿Cómo te premiaba, alababa o castigaba? ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de tu madre que podría haber afectado a cómo ella te trataba?

El compendio de aportaciones surgidas a tenor del legado de recuerdos que las participantes poseen de cuando eran pequeñas, ha posibilitado poder disponer de información relevante sobre su vida y entorno familiar.

En este sentido, en la muestra identificamos por ejemplo, a una adolescente que, rememorando su infancia, describe a su madre como una persona resolutiva y “solucionadora” de problemas: *“mi madre me tuvo con 16 años y cuando era pequeña siempre recuerdo que me dejaba hacer lo que quería si algo me preocupaba podía solucionarlo siempre y si hacía algo mal me lo decía bien sin castigarme nada, siempre agobiada con las tareas”*, algunas de ellas, a juzgar por lo que piensan sus hijas, no han recibido un reconocimiento suficiente por su labor como madres: *“he sido yo la que muchas veces no me he puesto en su lugar y ahora que soy madre soltera me doy cuenta de lo importante que es para mí y lo que me había alejado de ella, nadie nunca le ha dicho lo que ha hecho bien”*. Asimismo, también podemos describir a madres que ejercen su rol de forma no autoritaria: *“mi madre lo ha pasado muy mal y tiene siempre depresión por culpa de mi padre de pequeña, la he visto contenta siempre trabajaba mucho y lo que quería me lo compraba”*, *“es buena, amable, sincera, cariñosa... buena madre y nunca me castiga siempre me explicaba las cosas, a veces me riñe pero lo hacía por mi bien”*.

A raíz de sus aportaciones, también se presentan madres que premiaban a sus hijas cuando éstas lo merecían: *“me daba premios con chuches o con juguetes, o ropa cuando sacaba buenas notas, y castigar, no castigaba. Mi madre me trataba así porque mi padre la dejó y ella seguía enamorada de él”*, *“mi madre siempre ha sido muy cómoda y que yo hiciese lo mismo que ella en la vida, es muy buena y siempre perdona sabe que todos tenemos problemas, ella más que nadie me lo dice”*,

madres que ejercían su rol con esfuerzo y además, intentaban satisfacer las necesidades de sus hijas: *“cuando era pequeña con 5 años siempre se ocupaba de que no me faltara nada y eso que teníamos poco”, “fuerte, con mucha resistencia a los problemas, muy trabajadora”, “mi madre es simpática, tiene mucho carácter pero al final olvida todo lo que haces mal como cuando de niña hacía travesuras”, “mi madre cuando tenía diez o así, cuando le molestaba una cosa siempre se enfadaba conmigo y me dejaba de hablar un rato y luego se le pasaba. Sí me he sentido cercana a ella y me daba premios cuando hacía bien las cosas, pero no me castigaba mucho”*.

Otras adolescentes de la muestra, al describir a sus madres, expresan su afecto hacia ellas: *“una madre buena, me premiaba mucho, la amaba siempre”*. En este sentido, algunos autores llegan a afirmar que, el aumento del apoyo o afecto por parte de la abuela materna no sólo durante la infancia, sino en la gestación, conduce a una disminución de la depresión materna, y posteriormente, tras el nacimiento, favorece el sentimiento y la competencia necesarios en la mujer para reconocerse como buena madre (Benson, 2004; Shanok y Miller, 2007).

Al mismo tiempo, podemos identificar entre las madres de las participantes, a mujeres provocadoras, dominantes o competidoras con sus hijas: *“mi madre siempre me comparaba con lo que hacía ella de pequeña y así como todo, a veces parece que me quiere y otras me odia, ya me he acostumbrado solo que ya la he terminado odiando siempre”, “¿cómo describiría a mi madre? Loca”* (14 años), *“mi madre siempre quería mandar y controlar con sus paranoias, pero luego es cariñosa, era de pequeña muy pegada a mí para que no me pasara nada”, “mi padre y mi madre estuvieron a punto de separarse y mi madre se volvió más intolerante con mi hermano y conmigo, lo pagaba con nosotros”* madres perfeccionistas, exigentes y controladoras en la educación que dispensaban: *“mi madre es muy perfecta, quiere hacerlo todo bien y si algo no es lo que ella cree se enfada. Era muy estricta conmigo y con mi hermano pero sobretodo conmigo porque me decía siempre que si seguía así iba a acabar muy mal”, “sí me daba premios y me castigaba depende de las cosas que hacía, hacía gestos como de creerse mejor que yo”, “mi madre es súper ama de casa, trabajadora, un poco obsesa con el orden y con controlarlo todo, mi padre es más permisivo. A veces me castigaban sin salir o sin tele, no me alababan nunca pero me premiaban a ratos”, “mi madre siempre ha sido muy de estar encima no me dejaba espacio y no respetaba que creciese pero siempre me ha querido mucho. Me premiaba cuando sacaba buenas notas, pero no era de comprar muchas cosas sino de demostrarlo”*.

Autores como Serrano (2013), quien cita a otros como Bradford, Barber, Olsen, Maughan, Ericsson, Ward y Stolz (2004) coinciden en afirmar que *“las prácticas parentales median la relación entre los conflictos parentales y el ajuste psicológico de los hijos”* (Serrano, 2013, p.472).

Otras gestantes de la muestra perfilan un perfil de madre con múltiples conflictos, ya sean conflictos con sus maridos o con personas de su entorno, esta situación les ha podido afectar psicológicamente: *“tiene muchos problemas, es muy especial, se agobia y cuando se piensa que tiene la razón no le puedo llevar la contraria”, “nunca me crió mi madre aunque vivía con ella”, “mi madre es muy cariñosa y no para nunca de decirme lo importante que soy para ella, de pequeña, a veces cuando ella se acordaba de mi padre tenía mal humor y pudo pagarlo conmigo y con Eva, pero siempre la he visto bien”, No recuerdo de pequeña que me riñeran mucho ni que me premiaran pero es porque estaban agobiados con el trabajo y el dinero era el problema siempre, mi padre siempre regañía a mi madre”, Mi madre siento que mi padre ya no la quería y eso hizo que me quisiera mucho más”, “mi madre es una persona muy fácil de manipular, se deja llevar y hace mucho caso de mi padre”, “mi madre casi nunca me castigaba, pero nos hacíamos mucho daño discutiendo y diciendo cosas a la cara y cuando me castigaba mi padre las broncas eran más fuertes también con mi madre. Cuando se enfadaba se iba de casa se quedaba sola y luego volvía como si nada. En esa época ya mi padre bebía y ella aguantaba sus días de descontrol y no quería que nos metiéramos para bien o para mal”.*

Las prácticas educativas familiares, según Alonso y Román (2005), nos llevan a poder clasificar tres grupos de padres diferentes entre sí: autoritarios, equilibrados y permisivos. Por un lado, la práctica educativa autoritaria es la propia de padres y madres que se caracterizan por presentar bajos niveles de expresión de afecto y comunicación, y por el contrario, altos niveles de control disciplinar. Por otra parte, según Isaza (2013) la práctica educativa equilibrada es aquella en la que los padres presentan niveles altos de manifestación de afecto y comunicación, y satisfacen sus necesidades de forma flexible y equilibrada. Por último, los padres permisivos se caracterizarían por una ausencia de autocontrol, una falta de regulación emocional y dependencia.

En este sentido, algunas respuestas describen por un lado, a madres que en sus prácticas educativas no ejercieron su rol materno de forma equilibrada, y por otro lado, a otras que fueron más o menos autoritarias o permisivas ante la maternidad: *“me acuerdo que a los 6 años estaba siempre sola en casa. Iba al colegio sola, comía sola, casi vivía sola, así que mi madre era la que me despertaba y me dejaba la comida en un tapper”, “cuando se enfadaba no le duraba mucho porque me perdonaba al rato para que la dejase en paz, era gracioso”, “¿Mi relación con mi madre? Pésima”, “nunca”, “la disciplina era pegándome” (14 años).* Si bien, aunque alguna gestante reconozca carencias puntuales en cuanto a la educación y cuidados recibidos, se puede detectar cierta actitud conciliadora y compasiva hacia ellas.

Identificamos un perfil de madre protectora, pero que también, castiga a su hija cuando no se comporta de forma correcta: *“si la molestaba ella me reñía y me decía lo que tenía*

que hacer”, “a veces me cuesta decirle te quiero a mi madre pero luego ella sabe que la quiero”, “mi madre siempre es súper estricta y discutimos mucho pero porque ella siempre quiere razón”. Asimismo, podemos hallar en la muestra a una gestante que no cree parecerse a su madre: “mi madre y yo no nos parecemos me parezco más a mi padre en la personalidad”.

Como hemos puesto de manifiesto con esta información presentada, la relación entre las gestantes y sus madres cuando eran niñas ha sido muy dispar. De hecho, la heterogeneidad de los planteamientos de cada una de las participantes así lo refleja. Entendemos que, esos conflictos matrimoniales, que se detallaban en el marco empírico, no pasan desapercibido en esta relación, pues han podido afectar también a la imagen que las gestantes han elaborado de sus madres, y a su vez, esta imagen ha podido condicionar el ajuste psicológico de nuestras gestantes.

Figura paterna: experiencias infantiles con sus padres y trato recibido por ellos

¿Qué palabras usarías para describirlo? ¿Cómo fue tu relación con él cuando eras pequeña? ¿Te sentías cercana a él? ¿Cómo era él cuando se enfadaba? ¿Qué pasaba si hacías algo que a él le molestara? ¿Cómo ejercía disciplina? ¿Cómo te premiaba, alababa o castigaba? ¿En esa época hubo alguna circunstancia inusual en la vida de tu padre que podría haber afectado en cómo él te trataba?

La relación que las gestantes mantienen con sus padres difiere mucho entre las participantes, y a menudo, esta relación está condicionada por el trato que recibieron de ellos durante su infancia.

Aproximándonos a estas experiencias infantiles, se puede observar cómo una parte de las gestantes muestra afecto hacia su padre y no duda en describirlo positivamente: *“amable, tranquilo, y siempre escuchaba”, “mi padre hace muchos favores a la gente, él sabe que lo quiero. Cuando algo le molesta cualquiera se enfada habla mal pero luego se da cuenta y volvemos a hablar normal como si tal cosa”, “bien, pero antes mi relación con él era mejor porque estaba en casa. A mi padre es que le encanta salir y a mi madre es lo contrario”, “Yo no hablaba mucho porque tampoco era de hablar mucho pero siempre que necesitaba algo estaba allí”, “mi padre es muy bueno conmigo aunque lo pasaban muy mal por el dinero”, “mi padre es una persona a la que admiro porque me acepta como soy, me quiere y dice que soy siempre muy como él y que esta vida hay que ser así”, “lo pasé fatal cuando mi padre viajó por trabajo un verano entero porque con mi madre era una discusión y otra sin parar”,*

Algunos padres presentan problemas de adicción: *“mi padre se fue de casa porque tenía problemas con alcohol y era una persona pues muy inteligente siempre perdonaba y a mí me quería pero luego se fue y rehízo su vida con otra mujer”. “Yo siempre he pensado de pequeña que él era la persona que más quería, pero quería beber es lo que quería”. “la relación con mi padre era buena y a la vez mala. Nunca me ha dejado decir las cosas claras porque lo tengo que guardar un respeto y cuando era*

pequeña quería decirle cosas que nunca pude. Cuando hacía cosas que a él le molestaban gritaba y yo me iba a la habitación. El alcohol creo que hacía mucho”, otros progenitores son descritos por sus hijas como “inconsistentes” o “débiles” en cuanto a la educación que dispensaron: “mi padre es lo contrario a mi madre es súper blando y hace todito lo que ella dice, entonces mi madre manda. Los dos me quieren pero me castigan más que me premian”, “yo he sido muy independiente y creo que no soy la niña que está en casa pegada a sus padres y mi padre nunca me lo ha echado en cara, ahora me arrepiento un poco de haber perdido eso, ahora que voy a ser madre”, otros padres, a juzgar por lo que sostienen las gestantes, se caracterizan por ser cariñosos y comprensivos: “mi padre era más cariñoso y nos entiende y sabía hacer las cosas más fáciles. Mi padre es muy bueno con nosotros porque sus padres fueron muy estrictos con él”, “mi padre está siempre dando abrazos tenía un buen trabajo cuando yo chica pero discutía mucho con mi madre por el dinero y se separaron cuando yo tenía 11 años”, “mi padre siempre ha sido serio con sus cosas y muy humilde y siempre lo da todo por los suyos, y sí le quería mucho y le quiero y siempre aunque me castigaba era por mi bien”

Asimismo, podemos hallar entre los progenitores de las participantes, a hombres ausentes o padres que no han sabido establecer relaciones satisfactorias con sus hijas: *“no he tenido”, “con mi padre desde que dejó a mi madre no tengo mucha relación aunque no tenemos problemas así fuertes”, “es igual que mi madre solo que él tiene más genio”, “mi padre ha decidido que él también quiere revivir su paternidad con su pareja, con la que está desde que mis padres se divorciaron”, “nadie me ha desanimado ni criticado, al contrario, todos me apoyan y me felicitan, pero mi padre maltrató a mi madre (psicológica y físicamente)”, “mi padre se divorció y se separó de mi madre”, “de mi padre y le veía más o menos cada dos semanas y me acostumbré a no estar con él y a no quererle igual”, “porque llevo cinco años sin ver a mi padre, pero mi padre no quiere ni verme, por eso me duele tanto que mi hija vaya a crecer sin padre”; “yo empecé a ser feminista como me llaman algunos porque mi padre pegaba a mi madre”.*

Simultáneamente, en otros casos queda caracterizado un perfil de padre *“extremo”* a la hora de reforzar: *“me premiaba mucho mi padre pero también me castigaba mucho. Unas veces no nos entendíamos bien y otras almas gemelas”.* Sin embargo, para otras gestantes, sus padres fueron cercanos, aunque si bien, no solían confiar en ellos para reconocer algunos problemas o cambios en sus vidas: *“siempre tengo relación cercana igual que con mi madre, solo que a mi padre me da corte contarle problemas con que con el padre de mi hijo a veces discutimos y no nos entendemos, cuando era pequeña mi padre siempre me ayudaba en todo”, “yo me sentía hasta los 11 años más cercana a mi padre, pero desde que se fue con otra me enfrié con él y no tenemos una confianza normal de un padre y un hijo, ahora con el embarazo menos, porque no entiende de eso”.*

De todos los casos analizados, también localizamos gestantes que han optado por no pronunciarse sobre lo que opinan de sus padres y lo expresan así: “no quiero hablar”, “no sé”, “no”. Otras adolescentes sostienen que sus padres están decepcionados con su precoz embarazo: “mi padre le ha sentado mal el embarazo y mi madre lo lleva mejor, pero mi padre quería que esperara más, soy su decepción”.

La forma en la que los padres educan a sus hijas difiere de una familia a otra, si bien, podemos agrupar las respuestas de las gestantes bajo perfiles comunes.

Por un lado, están las gestantes que describen unos padres que ejercen la disciplina de forma no democrática, sino más bien autoritaria: “de pequeña a mi padre le veía muy poco siempre estaba de un pueblo a otro y así nunca lo veía, cuando él venía nunca me castigaba pero muy pocas veces tenía ganas de jugar, solo se hacía lo que él mandaba”. “Me premiaba con ir al cine o alquilar peli y me castigaba a lo mejor mucho pues en mi habitación o a la de mi hermana sin ir a ver a mis amigos al parque”, “Si me portaba mal se enfadaba muchísimo cinco o hasta diez horas y me castigaba pero luego al final después de mucho me perdonaba, no había quien le tosiera, mi madre era más razonable”. Recordemos, que en ocasiones, los embarazos responden a un marco familiar común, estas familias suelen estar encabezadas por un padre autoritario, distante, poco afectivo, donde la madre es la figura que ejerce el control sobre los hijos. Estas madres, suelen desarrollar vínculos afectivos inestables. Las hijas por su parte, serán susceptibles de sentirse inseguras y dependientes respecto a la figura materna (Vallejo, 1998).

Por otra parte, no solo presenciamos padres autoritarios en la muestra, sino también padres débiles: “Es más flojo mi padre que mi madre y sólo acepta lo que quiere mi madre, se deja llevar por ella”, “en el fondo no podía con todo”. Padres, que al igual que algunas madres, desean controlar lo que ocurre en el seno familiar: “mi padre siempre me reñía porque yo hacía lo que quería y ahora que voy a ser madre le entiendo, pero él siempre ponía las normas y los castigos”. En esta línea, según Sheehan y Watson (2008), citados por Serrano (2013), una disciplina agresiva junto con un razonamiento bajo, y un alto grado de agresividad física, verbal y emocional desencadenaría en los hijos comportamientos agresivos.

La disciplina que ejercen los padres que se han separado de su núcleo familiar, es percibida por las gestantes del siguiente modo: “mi padre se separó cuando tenía 10 años y ha rehecho su vida con otra. Siempre él ha ido mirando para él y a lo suyo con su trabajo, no se preocupaba por mi madre ni por mí. No me sentía muy muy cercana cuando tenía esa edad y cuando se fue y luego venía a verme a casa no me sentía cercana a él, si algo le molestaba no me castigaba porque me veía a ratos. Premio no me daba y creo él es así de naturaleza”. En la muestra aparecen gestantes que

describen a sus padres desligados de su propio rol paterno: *“nunca se comportó como un padre, sino más como un colega”, “mi padre dejaba los castigos para mi madre”*.

Como hemos podido observar, los padres en general, presentan diferentes formas de ejercer su labor como padres (unos son más autoritarios, mientras otros son más permisivos). Asimismo, entre ellos existen problemas de adicciones, problemas afectivos y diferentes formas de comunicarse con sus hijas. Es escasamente viable, a raíz de la información obtenida, poder generar una única imagen de cómo es el progenitor de una gestante adolescente, pues cada uno responde a un perfil determinado.

Proximidad con la figura materna y/o paterna: preferencias

¿Sentías más cercanía con tu padre o con tu madre? ¿Por qué piensas que era así? ¿A quién te pareces más físicamente? ¿A quién te pareces más en la manera de ser (personalidad)? ¿Con cuál de ellos te identificas más? ¿Qué hacía tu madre si estabas enferma? ¿Qué hacía tu padre si enfermabas o estabas herida?

Respecto a la proximidad que mantienen las gestantes con sus progenitores, hallamos adolescentes que se identifican preferentemente con sus madres. Si bien, no es una identificación muy clara o evidente, ya que a menudo la eligen porque entre las opciones posibles (madre o padre) prefieren identificarse con ella: *“con mi madre porque aguantaba mucho, pero a la vez me daba rabia de que no dijera siempre las cosas como eran y las quisiera ver de otra manera. Yo creo que ella siempre ha vivido para mi padre y nada más. Yo no sé si me parezco a ella físicamente pero a mi padre no me parezco”, “más cercana con mi madre aunque a los dos quiero, no me identifico con ninguno de los dos, cuando me pasaba algo corriendo me ayudaba y me enseñaba bien las cosas”, “con mi madre pero de pequeña con mi padre, porque hasta que nacieron mis hermanos pequeños yo era su ojito derecho. Si mi madre veía que estaba enferma siempre me cuidaba, se preocupa por mí” “me parezco más a mi abuela que pasó muchos problemas como yo y los ha superado. Si estaba enferma mi padre a veces no se enteraba y si se enteraba hablaba por teléfono pero no venía a verme. “más cercanía con mi madre, no tenía ningún rol”, “Porque mi papá trabajaba. A mi tío y a mi abuelo. Personalidad de mi mamá. Me identifico más con mi mamá. Me cuidaba y me mimaba, si estaba herida me curaba.”, “más con mi madre pero siempre he peleado mucho con ellos, yo siempre he hecho lo que he querido pero tengo buen fondo”, “con mi madre que es la que me escucha y es también mi amiga, con mi padre no tengo relación”*.

Cuando se planteó la pregunta de con quién se identificaban más, si con su madre o con su padre, algunas adolescentes presentaban cierta dificultad para posicionarse. Al tener que efectuar una elección, ya optaban por el padre o la madre, pero generalmente, esta decisión se llevaba a efecto sin entusiasmo. Una de las razones o motivos de esta difícil elección, era que a menudo las adolescentes ansiaban modelos femeninos no

similares a las propias madres, pues éstas no eran percibidas como figuras felices y satisfechas por las gestantes.

Si bien es cierto, algunas gestantes se identificaron más con la figura paterna que con la materna y así lo expresaron: *“con los dos más o menos, con mi madre discuto más pero es porque con ella estaba más tiempo y chocábamos en carácter ella y yo somos parecidas y ninguna quiere quedar por debajo, siempre defendemos lo que creemos que es lo que pensamos...”*, *“ya lo he dicho con mi padre, a mí no me alababan nunca”*, *“Yo creo que me parezco en personalidad a mi padre y algo del cuerpo a mi madre. Me identifico con él porque soy valiente ante las trampas que pone la vida. Yo era la pequeña o la enana de la familia “yo me sentía hasta los 11 años más cercana a mi padre, pero desde que se fue con otra me enfrié con él y no tenemos una confianza normal de un padre y un hijo”*.

En la muestra también hallamos adolescentes que, o bien no se identifican con ninguno de ellos o con los dos por igual: *“con ninguno de los dos. Me parezco más a mi padre físicamente. No me identifico con ninguno, soy una mezcla”*, *“Mi padre estaba poco por casa, y nunca se preocupó o me lo demostró. Si se enfadaban yo me iba al pc y ya.”*, *“con los dos, mi madre entiende mejor ciertas cosas, no sé si me identifico más con mi padre. “Mis padres nunca me entendían cuando les decía que quería cambiar”*, *“con ninguno de los dos, con quien mejor estoy es con mis tíos”*, *“con mi padre más porque con mi madre hay días que es muy intolerante. Si he sentido muchas veces que no me entendían y que se entusiasmaban poco con mis cosas. Con mi hermano es distinto siempre le tratan mejor y se toman las cosas mejor”*. *“con los dos más o menos igual”*. *“Yo de pequeña era la más bonita de la familia y la única, yo creo que me parezco físicamente a mi madre y en personalidad a ninguno de los dos, mi hermana se parece más a ellos, yo soy más alocada”*.

La identificación es relevante para todo adolescente. El conocer su historia personal, así como la contribución de los padres a su infancia, va a ser relevante a la hora de poder conocer y comprender algunos aspectos de la gestación actual. En esta línea, como recoge Serrano (2013), el ser humano va a ser el producto de la historia de sus vínculos y de sus identificaciones.

Proximidad con los hermanos: conflictos

¿Cómo era la relación con tus hermanos? ¿De quién te sentías más cercano? (señala las razones) ¿Con quién tenías más problemas?

A continuación, se presentan algunos problemas acontecidos a raíz de la relación que mantienen con sus hermanos: *“con mis hermanos me llevo bien, con quien mejor me llevo es con la pequeña porque con la mayor choco mucho y es muy diferente...Yo la quiero pero siento que somos muy distintas como para que me entienda”*, *“con mi hermanita pequeña porque jugamos juntas, sin parar de reír por tonterías y ella quería parecerse a mí”* *“buena, a mi hermano pequeño lo adoro aunque a veces le cuesta entenderme porque tenemos siempre otras opiniones de las cosas y problemas.*

Él dice que es más realista pero yo creo que es pesimista”, “mi hermano pequeño dos años menos, se lleva fenomenal conmigo y mi relación es fenomenal le quiero y él me cuenta todo yo soy como una madre para él”, “muy buena y los dos iguales porque estábamos siempre todos juntos”, “mi hermana siempre ha estado conmigo es la persona a la que más quiero ella me ha hecho tía y tiene cinco años más que yo pero para mí es como una madre”. En la muestra, también podemos hallar adolescentes que no mantienen una relación muy satisfactoria con sus hermanos: “mis hermanos siempre me tenían envidia porque siempre querían estar como yo y recibir los caprichos míos”, “muchas veces nos peleábamos y llamaban a mis padres desde el cole y siempre estamos discutiendo”.

Algunas gestantes manifiestan que los problemas en la convivencia familiar se producen, en mayor medida, con los hermanos mayores: *“con mi hermana mayor bien, solo que ella siempre conmigo me intenta explicar todo como si yo no supiera nada y eso me da rabia”, “con mi hermana bien, pero nos peleábamos muchísimo, ella siempre lloraba y me reñían a mí aunque fuera la pequeña, era la mala”, “con mi hermano mayor me llevo bien aunque siempre era más responsable y yo más desobediente y él pasaba mucho de mí”, “más cercana a mi hermano mayor porque al tener solo dos años más siempre jugábamos juntos, con la pequeña me llevo seis años solo y la adoro pero estoy más cercana a él”.*

En general, las gestantes revelan no tener excesivos conflictos con sus hermanos, sino más bien, posibles desencuentros que tienen una escasa significación o impacto en sus vidas: *“no tengo problemas porque es pequeño y lo mejor que tengo en mi vida”, “buena con todos con el chico discutía más”, “muy bien con mi hermana peque es la que más quiero y la que me escucha cuando peor estoy o me siento vacía, no tengo más hermanos y los problemas son con ella”, “mi hermano es especial ha estado siempre pero de pequeños nos pegábamos mucho”, “si buena, piques con algunos pero lo normal en niños”, “como son dos chicos y mucho más mayores que yo no he tenido muchísima confianza como para contarle todo”, “tengo una y es diferente a mí pero la ayudo a solucionar problemas a enfrentarse a las cosas, le doy ánimos y al revés...”, “no tengo hermanos, mis primos son como mis hermanos, con ellos muy bien”, “no quiero hablar de eso”. Para que exista una buena comunicación entre hermanos, es importante que los padres eduquen estableciendo un ambiente adecuado de simetría que no perjudique a nadie (González, 2004).*

Relación con los amigos: conflictos

**¿Cómo eras con los amigos cuando eras pequeña? ¿Jugabas con niños fuera de tu familia?
¿Tenías amigos durante la educación primaria? ¿Tuviste un mejor amigo? ¿Cómo fueron tus relaciones durante la educación secundaria? ¿Cómo fue la escuela en general? ¿Qué clase de experiencia fue para ti? ¿Hubo otros adultos, aparte de sus padres, que fueran significativos para ti? ¿Podrías contar algo breve acerca de esas personas?**

Hemos de poner acento en que, en ocasiones, la influencia de los amigos en el adolescente puede ser tóxica o negativa, especialmente cuando éstos se ven inmersos en conductas de riesgo, o cuando por ejemplo, los adolescentes perciben escaso apoyo familiar. Si bien, la pandilla ofrece a todo adolescente, un sentimiento de pertenencia y de unión ante situaciones complicadas (Coleman, 1980; Musitu, et al. 2001).

Los amigos de las gestantes son descritos como personas: “alegres”, con quienes jugaban y disfrutaban: *“siempre estaba en la calle y siempre en pandilla, he cambiado muchas veces de pandillas” “mis amigos eran como yo, eran amigos con los que salir por el barrio y lo pasábamos bien”, “mis amigos son como yo, nos encanta el deporte, escuchar música...en el cole lo pasé bien aunque no me gustaban los exámenes, gracias a ellos”, “pues yo cambie las amigas a los diez años porque me hacían todo imposible cambié y ahora sigo con las mismas, las mejores”, “mis amigas era un grupo de 7 niñas y siempre estábamos de cachondeo en el colegio pero a veces nos castigaban porque hablábamos tela...”*. La presencia de la mejor amiga se perfila decisiva en la infancia de las participantes: *“no tuve mejor amigo pero tuve una mejor amiga y una persona importante para poder pasar para adelante cosas de mi familia”, “yo era de las que tenía unas amigas fijas a veces me metía en broncas y en el cole era bastante quinqui pero tengo buen recuerdo porque éramos una peña inseparable”, “la verdad es que me disgustaba porque no me entendían y era muy enfadona con mi amiga del colegio. Tuve un mejor amigo que ese me entendió muy bien”*. Se describe esta infancia como una etapa feliz al lado de los amigos: *“cuando era chica jugaba mucho y tenía muchos amigos y también era muy feliz haciendo lo que me daba la gana”, “mis amigos y amigas pues gente como yo, con ganas de disfrutar de estar con ellos para lo bueno y para lo malo”, “yo es igual que ahora solo que con más energía, creo que perdí energía con la edad. Mi mejor amiga de la infancia es la misma que la de ahora. He sido de tener pocos amigos pero buenos...”*

Los amigos constituyen para ellas un pilar básico en sus vidas: *“mis amigos siempre para mí han sido lo más importante”, “buena pero me gustaba jugar siempre fuera de casa nunca dentro, en primaria tenía amigos y mi mejor amigo era un niño súper guapo, fue de lo mejor”, “mi tía fue importante cuando era pequeña porque me llevaba con los primos y lo pasaba genial”, los amigos no constituyen un soporte clave para algunas de ellas: “jugaba con niños pero siempre he sido muy rara para hablar con los otros niños”, “muchas veces prefería meterme en las cosas de los mayores”, “mis amigos y amigas pero antes que ellos estaba mi familia”, “mis amigos pues como yo, tenía mi pandilla pero ya cada uno se fue por su lado. Tuve un mejor amigo, otros me fallaron y bueno, me cabré mucho”*.

Algunas gestantes revelan acontecimientos vitales que fueron criticados por sus propias amigas: *“que yo con catorce jugaba con barbies aún, a los trece me vino la regla y se reían de mí mis amigas porque perdí la "pardi" con 15 años”*. Para otra parte de la muestra, sus amigos eran familiares y vecinos: *“mi hermano y yo jugábamos en la calle siempre me ha gustado jugar a*

fútbol con los chicos y las niñas me hacían bromas con eso”, “sí con mis vecinos, con mis primos”, “sí jugaba pero con mis primos en casa de mi tita”.

Constituye una necesidad básica acentuar que, la “inclusión” de estas adolescentes en su contexto más próximo, no sólo ha de producirse desde su núcleo familiar y de amistad, sino también desde ese núcleo social que conforma, por ejemplo, la comunidad escolar.

El centro educativo al que asisten o al que han dejado de asistir, es descrito por las participantes en los términos siguientes: *“la escuela en general fue bien. Muy buena, la volvería a repetir”, “me encantaba jugar con mis amigos del colegio y mi mejor amigo fue un chico de mi barrio. Con los estudios de pequeña bien, pero en la ESO fui peor”, “las clases nunca me gustaron pero también digo que aprendí muchas cosas importantes para mi vida”, “la escuela me fue bueno regular porque me costaba concentrarme”, “en el colegio era buena estudiante y creo que lo sigo siendo”, “bien la escuela bien tenía amigas pero yo siempre he sido muy cortada”, algunas gestantes no han obtenido buenas experiencias de él: “el cole nunca se me ha dado muy bien pero tampoco mal, no me agobiaba porque sabía que lo mío no era estudiar”, “no muy buena, estude en un público no tuve experiencias pero en el instituto mejor, se aprovechaban de la minoría”, otras, incluso no han podido finalizar sus estudios: “tenía muchas ganas de irme a estudiar pero he tenido este problema y no me queda otra que afrontarlos”, “para mí la escuela fue bonita peor me agobiaban los exámenes”. Al mismo tiempo, algunas gestantes reflejan rechazo hacia el centro educativo donde estudiaron: “pero entre que me echaron “sutilmente” del colegio por el embarazo, luego no estuve”.*

Algunas experiencias escolares fueron difíciles de afrontar: *“en el colegio me maltrataban, me pegaban, y me insultaban. Empecé a hacer pellas con 7 años, en segundo de primaria, y también dejé de comer (estaba apuntada al comedor). Mi primera mejor amiga fue Lucía, a la que le debo la vida. Fue a los 12 años, hasta entonces siempre estaba sola. Y cuantas más amigas tenía, mas “mala” tenía que ser para conservarlas. Dejé de estudiar, de ir a clase, de ser la “niña buena” y empecé a fumar con 13, a salir con chicos mucho más mayores que yo. Con 14 tuve una relación con un hombre de 33”. Simultáneamente, describen acontecimientos vitales asociados a una rebeldía adolescente: “mi mejor amiga era una “quinqui” y mis padres me dijeron que me llevaría por mal camino, ella es rebelde y yo no lo era tanto, pero nos llevábamos muy bien porque nos entendíamos mucho”.*

Es común entre las gestantes, el compartir experiencias no muy gratificantes durante sus años de estudio en el centro escolar. La adolescencia, en algunos casos, es decisiva en lo que respecta a las vivencias que pueden experimentar. El embarazo es un

acontecimiento vital que ha podido sumarse a otros que ya se estaban produciendo con anterioridad al mismo.

***¿Estuviste alguna vez separada de tus padres cuando eras pequeña?
(separación, divorcio, enfermedad). ¿Qué sentimientos tuviste?***

Las adolescentes, que además han iniciado su separación con respecto a los adultos, sentirán que ese proceso de individuación se rompe con la llegada del bebé. Este bebé puede “romper esa individuación”, pues la adolescente va a necesitar de nuevo a esos adultos, que pueden colaborar en las tareas de cuidado y crianza. Recordemos que: *“cuanto más inseguro está uno mismo de su propia identidad, mayor es su temor”* (Rank, citado en Fajardo y Vicente, 1998, p. 280).

Una parte de las gestantes de la muestra no recuerda ninguna separación: *“no sé”, “no recuerdo”, “noooooo no nada”, “no pero siempre estaban discutiendo o fuera de casa, me crié con mi abuela que falleció”, “ninguno de estos”, “nunca”, “no, pero el problema de mi padre con el alcohol sí hizo que nos distanciáramos muchas veces cuando recaía”, “no nunca he estado separado”, “no, ninguno”, “no”, “no, sólo que mi padre cuando bebía teníamos que ir a por él y mi madre y mi hermano y yo lo pasábamos muy mal. Hay veces que no podíamos ni subir la escalera”.*

En otra instancia, hallamos gestantes que sí recuerdan estas separaciones, las cuales además, vinieron acompañadas de sentimientos diferentes que describen así: *“sí. Cuando nos echaron del piso en el que estábamos mi madre y yo, hasta que le dieron la casa de protección oficial, viví con mi padre y mis hermanastros, fueron 4 meses, y fui la más feliz del mundo”, “muy mal cuando perdí a mi padre, me sentí mal”, “sí de mi padre y fue horrible, y mira que lo llevamos mal antes de que se fuese”, “por una enfermedad mal, pero los superamos como todo”, “mi padre, pero por mi madre no por mí”, “a veces se han separado pero han vuelto después. Discuten pero luego se perdonan”, “de mi padre y no se lo perdono aunque lo superé”, “de mi padre porque se divorció de mala forma”, “mi padre enfermó y sufrí”, “mi padre falleció cuando yo tenía 4 años y tengo pocos recuerdos”, “sí, separada de ellos porque tenían épocas en las que estaban muy mal psicológicamente, sentía que ya nada era igual pero que todo podría mejorar con el tiempo”, “lo pase fatal cuando mi padre viajó por trabajo un verano entero porque con mi madre era una discusión y otra,”*, *“sí, muy fuertes, estaba con mi madre no con mi padre, mi padre se fue y lo pasamos mal, solo hablábamos por teléfono”.*

En otros casos analizados, los padres de las ahora gestantes son los que abandonaron el núcleo familiar, ante este abandono o separación, ellas experimentaron sentimientos, que en la investigación les costó verbalizar.

¿Experimentaste alguna pérdida significativa o alguna separación cuando eras niña? ¿Alguien cercano a ti murió durante tu infancia? ¿Qué edad tenías cuando ocurrió? ¿Cómo te sentiste acerca de eso?

Un embarazo no planificado en la adolescencia, puede responder a un vacío producido por una pérdida de una figura que puede ser importante para la futura madre (Svoboda, Shaw, Barth y Bright, 2012). Si las redes de apoyo social tienden a ser pequeñas, la falta de una figura puede representar una pérdida muy significativa para las gestantes.

Una parte de la muestra sí reconoce haber experimentado una pérdida significativa o separación de algún ser querido: *“cuando mi madre estuvo enferma y lo superamos y estuvo en hospital, tenía yo 11 años o así”, “cuando murieron mis abuelos”, “solo que se fue mi padre”, “sí, pero no me importaba porque sabía que lo que tenía mi padre con el alcohol era un problema”, “no recuerdo, mi vecino tuvo un accidente muy fuerte de pequeña me marcó”, “cuando murió mi abuelo me dolió mucho y tenía yo 9 años creo”, “cuando falleció mi abuela y mi tía por cáncer casi las dos a la vez. Me agobio mucho pero especialmente por mi madre que se vino muy abajo y pensaba que todo era horrible”, “sí cuando falleció mi mejor amiga me he sentido muy sola, nada fue igual porque yo estaba muy unida a ella”, “cuando murió mi abuela y me afectó a los estudios”, “el accidente de mis tíos a los 8 años y pico”, “no lo recuerdo aunque cuando murió mi abuelo por parte de padre lo pase mal, tenía 9 años”, “el fallecimiento de mi abuela paterna que vivía en casa y es con la que pasaba las tardes enteras viendo la tv”, “sí separarme de ellos dos”, “mi abuelo, lo pase fatal”, “solo cuando mi padre se fue sentí que estábamos solas mi madre y yo”, “sí mis padres estaban fuera y tenía una criada se encargaba de mí, pero había muchos problemas de dinero y de mis tíos con los que hay problemas”, “si cuando tenía 12 años me afectó”, “no quiero hablar de ello”, “solo cuando mi padre se fue que tenía yo 11 años”. Toda institución familiar sufre continuas transformaciones fruto de acontecimientos externos, como puede ser, por ejemplo, el de perder a un ser querido (García Zabaleta, 2004), esto sin duda, afectará al adolescente y a su modo de relacionarse con el entorno.*

En este sentido, también podemos subrayar un caso dentro de la muestra, en el que se había producido una pérdida de una persona significativa (fallecimiento del abuelo) durante la infancia, situación que llega a condicionar una forma de actuación determinada: *“no era muy pequeña, pero siempre tuve el suicidio en mente desde que tengo uso de razón (4-5 añitos) lo que pasa es que lo dejaba a un lado pensando en mi abuelo, vivía por él, y cuando murió yo tenía 15 años, murió 4 días antes de que cumpliera los 16. Ahí ya me descompuse, vivía por no hacerle sufrir, porque no quería*

que supiera que su única nieta se había suicidado. Él era lo más importante para mí y lo había sido durante toda mi infancia. Busqué un nuevo objetivo. Bienvenida edad del pavo y del... "vamos a liarla y a ver con cuantos me acuesto esta semana".

¿Qué palabras usarías para describir tu propia personalidad? ¿Cómo otros la describirían? ¿Cuán importante ha sido alcanzar logros y conseguir cosas durante tu vida? ¿Cómo piensas que tus experiencias de infancia han afectado tu personalidad de adulto?

Tendais & Dias (2014) exponen que durante el embarazo, las adolescentes muestran un ajuste inferior materno (imagen corporal pobre y peor relación matrimonial) y actitudes maternas más negativas (actitudes más negativas hacia el sexo) que las mujeres embarazadas adultas. A continuación, especificaremos cómo se describen las propias adolescentes y a partir de ahí, podremos inferir el concepto que tienen de sí mismas.

Algunas gestantes no exhiben excesivas dificultades para definirse: "soy muy nerviosa, alegre, impulsiva, voy siempre de cara", "sensible, fuerte, amiga de sus amigos. Mis logros son acabar los estudios", "soy una persona torpe, muy sociable, simpática no sé,", "enfadada, insoportable, inaguantable. Siempre he alcanzado mis logros solo he faltado a mis estudios", "soy una persona sencilla, me encantan los ordenadores y los móviles, estar conectada a mis amigos, soy muy inquieta", "sincera, fuerte, miedosa, bipolar, llamo la atención", "soy lanzada, atrevida, pero un poco preocupada por la gente que es falsa conmigo o con los que me decepcionan", "soy extrovertida con mis amigas, abierta, amiga de mis amigos y soy tímida con quien no conozco, creo que no soy rencorosa, soy clara y a veces un poco egoísta", "soy de mucho carácter, amiga de mis amigos, y creo que a la gente a la que quiero nunca la fallo", "pues no sé describirme, me gusta salir, ir de compras con mis amigas, ir a conciertos... Creo que es importante conseguir logros para seguir adelante", "soy graciosa, gamberra, tengo buen sentido del humor, un poco impulsiva y valiente", "me considero alegre, simpática, confiada y por eso muchas veces me la juegan", "dicen que soy fácil de manipular y convencer pero yo creo que les tengo engañados porque siempre hago lo que creo que es mejor para mí, soy divertida, me gusta salir, conocer gente y la gente me ve así. No he tenido logros ahora pero sí quiero ser la mejor madre", "soy buena persona, no sé qué más decir de eso", "me encanta ver la tele y el internet, salir de fiesta... los demás me describen como que estoy loca y que hago lo primero que se me pasa por la cabeza."

Mientras unas gestantes carecen de una férrea confianza en sí mismas, otras reflejan todo lo contrario. Una parte de la muestra está constantemente buscando confianza y atención: "me gustaría conocer gente pero no salgo de casa, soy muy rara, mi sueño sería conocer otros países, y para mí si es importante conseguir lo que me propongo, ahora me propongo

ser buena madre y espero conseguirlo”, “pues creo que soy fuerte, amiga de mis amigos, a veces con mucho genio y me ponen nerviosa las injusticias, lo daría todo por mi bebé” “soy presumida, orgullosa, nada miedosa, soñadora pero con los pies en el suelo”, “alegre, vaga, un poco despegada, y me cuesta perdonar”, “soy muy rara, no me gusta nada”.

Muchas de ellas experimentan frecuentes cambios en su estado de ánimo, que son a menudo, característicos de su adolescencia: *“pues soy bastante presumida, un poco bipolar a veces, estoy súper feliz y otras súper mal, me doy bastante a la gente, y no sé, creo que todos los logros no los he conseguido, pero creo que más o menos he hecho lo que he podido y lo que me ha dejado la vida hacer, cuando veo en las redes sociales a otras chicas y lo que hacen pienso que por qué he tenido tan mala suerte, que ya no puedo hacer mil cosas que me encantarían, porque ya no lo voy a vivir igual y es así”.*

En esta línea, también localizamos a gestantes a quienes les resulta complicado describirse brevemente: *“pues no sé cómo describirme soy muy normal”, “la mía, ni idea, estoy loca. Los demás me describirían como tranquila, agradable, buena persona, pero dependiendo de la persona que me conozca. Si es un completo extraño tengo otra personalidad. Si es amigo de o conocido, soy tal y como me conoce mi familia”, “mis experiencias han hecho que sea una persona en la que la gente se fía, y con razón, pero yo no me fío de nadie. No puedo”, “para describir la personalidad usaría palabras como nerviosa, controladora, alegre, amante de la naturaleza y los animales y también plantas. Los demás me describen como más adelantada para mi edad, siempre tengo prisa por vivirlo todo...no sé cómo ha afectado mi infancia en mi personalidad pero creo que el crecer en una familia que te ha apoyado siempre hace que yo también apoye a mis hijos igual y eso es bueno”, “soy insegura algo cambiante de carácter, soy bastante perfeccionista y no me gusta que las cosas se me vayan de las manos. Eso me agobia mogollón”, “soy una persona que le gusta estar con la gente, con su familia y amigos, practicar deporte no soporto la hipocresía, la gente que va por detrás, la gente que miente. No he pensado nunca en mis logros”.*

El que el embarazo haya influido en la percepción que las gestantes tienen de sí mismas, es una realidad escasamente cuestionable: *“este año ha cambiado mi vida totalmente, no soy la misma”, “mi madre siempre está restregándome que soy su constante decepción”.* Los padres a menudo influyen negativamente en el propio autoconcepto de los adolescentes.

No olvidemos que la depresión se relaciona significativamente con problemas de autoestima, estrés, culpa y pensamientos confusos (Gretchen, Flaherty y Cuddeback, 2010).

Ahora me gustaría que me contaras algo de tus relaciones actuales. ¿Cómo es tu relación con tu padre ahora? ¿Cómo es la relación con tu madre ahora? ¿Cómo te

llevas con tus hermanos? ¿Hay personas en tu vida actual, aparte de miembros de tu familia, a quienes consideras cercanas y significativas?

Las relaciones actuales que mantienen las gestantes con sus respectivos padres, han sido estructuradas en diferentes aspectos que tienen en común.

Las relaciones que mantienen las gestantes con sus madres son descritas en los siguientes términos: “*mi relación con mi madre es buena y ahora mejor después del embarazo porque creo que le he dado mucha guerra desde los 14 años*”, “*con mi madre fenomenal, para mí es cercana y siempre está conmigo apoyándome esté donde esté*” “*con mi madre bien y con mis hermanos también*”. Respecto a las relaciones que mantienen con ambos progenitores en la actualidad, las participantes revelan lo siguiente: “*yo con mis padres ahora me llevo igual que me llevaba antes*”, “*muy buena, muy buena, muy bien*”, “*mi relación con ellos es buena, pero por lo del embarazo les ha sentado mal y les tengo que demostrar que ellos me tienen*”, “*es buena porque desde que saben que voy a tener un bebe quieren apoyarme cuidándome el bebé, ellos tienen miedo a que no pueda hacer frente los gastos pero si podemos*”, “*ahora me llevo bien con mis padres aunque hemos tenido broncas fuertes porque no soporto que me controlen o critiquen*”, “*me apoyan los dos aunque a mi madre le cueste más decirlo porque creo que tiene miedo de que vuelva a equivocarme y que me confíe que estén conmigo de mi parte en mis fallos*”, “*ahora me llevo regular con mi padre y mi madre y hermanos no tengo, por eso no les queda más remedio que estar conmigo*”, “*con mi madre y mi padre pues sigo viéndolos muy poco , siento que les he defraudado pero a mí me importa mi niña ahora*”.

Figura 1. Opiniones de las gestantes sobre su relación con las parejas.

| | |
|---|--|
| <p><i>Gestantes que mantienen una relación actual estable con el padre, exceptuando distanciamientos no significativos.</i></p> | <p><i>“Con mi padre normal aunque discutimos mucho y pienso que no me quiere, no somos iguales”</i></p> <p><i>“Muy buena, como lo ha sido siempre”.</i></p> <p><i>“Bien pero un poco distanciada y con él mejor que con mi madre”.</i></p> <p><i>“Con mi padre fenomenal, él me escucha, me entiende y siempre está cuando lo necesito. A veces pasa de mí porque esta liado con otra cosa pero por lo demás sé que lo tengo. Para mí cercano y significativo es mi pareja”.</i></p> <p><i>“Mi relación con mi padre ahora no es mala, hablamos mucho y los dos respetamos la vida de cada uno”.</i></p> |
| <p><i>Relaciones inestables afectadas por la gestación.</i></p> | <p><i>“A mi padre le ha dolido lo del embarazo, cuando eso es una cosa mía que no quiero que me ayuden ni nada, y con mi madre igual a los dos les ha dolido mucho pero ha sido cosa mía, mi abuela me entiende mucho mejor, a ella le pasó lo mismo”.</i></p> |

| | |
|---|---|
| <p><i>Relaciones inestables que tienen su origen antes de la gestación.</i></p> | <p><i>“Con mi padre no tengo relación porque vive lejos y con mi madre no vivo porque no somos capaces de entendernos, ella se ha decepcionado conmigo desde hace dos años y hemos decidido que tenía que vivir con mis tíos en Granada”.</i></p> <p><i>“Con mi padre bueno, depende con las rachas buenas el mejor pero las rachas malas el peor. Así que me quedo con regular”.</i></p> |
|---|---|

Fuente: Elaboración propia.

Hemos de acentuar que las relaciones más significativas familiares para las gestantes no tienen por qué emanar de sus padres y madres: *“con mi madre, mejorando, aunque sigue con sus cosas católicas y a veces me castiga mucho con eso,”*, *“ni con mi padre ni con mi madre me siento bien”*, *“mis tíos y mis amigos son las personas con las que tengo más relación”*.

La gestación para las adolescentes puede constituir una forma de consolidar la relación que iniciaron con sus parejas. Además, las satisfactorias relaciones entre la adolescente y su familia y/o pareja que se iniciaron antes del embarazo, pueden tener continuidad en la gestación: *“muy buena, ahora mejor, el hecho de que me dejara mi pareja ha hecho que mis padres y yo nos sentáramos juntos para hablar y creo que es una alegría para mis padres porque estaban un poco solos”*, *“con mi novio estoy muy bien lo que no nos mata nos hace más fuertes”*, *“buena, no sé qué más decir”*, *“muy buena, él puede contar conmigo para todo ya pasaba antes del embarazo”*, *“igual me llevo igual y les quiero mucho a los dos”*.

¿Cómo describirías la personalidad de tu pareja? ¿Cómo caracterizarías la relación con tu pareja? ¿Cómo te ves a ti mismo en términos de relaciones de pareja?

No podríamos presentar una descripción única de la personalidad de la pareja de la gestante porque cada sujeto es descrito de forma diferente. Los futuros padres son descritos como hombres: tranquilos, cariñosos, generosos, al servicio de las adolescentes, buenas personas; pero también, son identificados como padres egoístas y egocéntricos, nerviosos, manipuladores e inestables, desde el punto de vista emocional.

Es decir, por un lado encontramos parejas queridas y valoradas por las gestantes, aunque reconocen las dificultades a las que ellos se enfrentan: *“mi pareja me quiere me cuida le gusta estar con su gente y es muy niño, le maltrataron de pequeño”*, *“es una persona a la que adoro no podría dormir un solo día sin él es la mejor persona después de mi padre”*, por otro lado, también aparecen parejas percibidas como egoístas o egocéntricas: *“solo mira por él, muy celoso desconfiado, desconfió de mí en la mejor oportunidad que tenía para estar conmigo, es un poco desconfiado”*, otras parejas con las que mantienen una relación bastante satisfactoria: *“es una persona súper buena, y tranquila, le gusta estar con su familia en el campo, siempre esta cuando lo necesito, tiene pocos amigos que son para él lo mejor. Nuestra relación es muy buena, nos vemos juntos”*.

dentro de muchos años. La pareja que tenía yo no se parece a la que tengo y que va a ser el padre. En caso de problemas que pudiéramos tener pues no sé los hemos tenido y no pasa nada todo se puede hablar”, así como otras parejas que tienen problemas de comunicación: “pues yo lo paso mal pero si empezamos una discusión empezamos a gritar y perdemos la razón él más que yo. En mis relaciones siempre busco a alguien que tenga menos genio que yo porque si no es imposible y es que nos cuesta entendernos”. “Nos queremos mucho pero a veces parece que hablo en chino porque no me entiende o no me hace caso”.

Otras gestantes aluden a que lo que más les gusta de sus parejas es el papel de padre que sus parejas ya anticipan antes del nacimiento del bebé: *“es muy sincero, habla mucho peor de los temas que le gustan, es muy familiar muy padre, tiene muchas ganas de que nazca el bebé”, “tiene cosas que no soporto pero luego lo veo tan pendiente de la barriguita, con cariñitos que no me resisto”.*

En las entrevistas también se observa cómo en algunos casos, el padre de sus hijos ejercerá como padre pero no como pareja: *“el padre de mi hijo nunca fue mi pareja”. “No tengo relación ya con él, al principio fue buena la relación pero luego se asustó con el bebé y se fue. En mis relaciones siempre busco alguien como yo. Una relación ideal sería que el hombre con el que esté que sea de verdad y que no tenga que estar pendiente de lo que hace”. “El padre de mi hijo pues era un poco como yo, con mucho carácter siempre defiende lo que es justo. Nosotros nunca pegábamos será porque él tiene 17 y yo 15 pero yo quería estar y tener una vida propia”. “Ya no es mi pareja, se largó y solo se va a hacer cargo del bebé. El futuro padre me hizo daño, pero la culpa fue de los dos que no dábamos el brazo a torcer. Mi hijo espero que en un futuro tenga padre”.*

Al mismo tiempo, también se observan parejas que intentan en la medida de lo posible compartir el tiempo del que disponen con las gestantes. Si bien, a menudo éstas necesitan su espacio: *“nuestra relación es buena aunque yo le he pedido un poco de distancia porque él siempre está tras de mí.”, “me quiere tanto que me da miedo, me lo dicen mis amigas, mis abuelos, no sé si es amor o es que está obsesionado”.* Otras gestantes, sin embargo, describen muy positivamente a sus parejas: *“mi novio es bueno, sabe escuchar, tiene paciencia. Mi relación es muy buena pero a ratos discutimos por tonterías. Fue mi primer novio”.*

Por último, la asunción de responsabilidades como consecuencia de la gestación vuelve a condicionar la relación de pareja: *“está pasando un poco del tema, me dicen que tontea con otras aunque sí que a veces está pendiente de mí, es bastante inmaduro y eso que tiene 18 años, y bueno, mi madre creo igual que yo que cuando nazca la niña espabilará”, “no es una persona conflictiva pero creo que el problema es que pasa mucho de todo, y eso tampoco quiero en mi vida. La persona ideal sería una persona que me entienda y me comprenda”.*

¿Has tenido la experiencia de perder a alguien cercano?

La mayor parte de las participantes ha reflejado que sí ha experimentado alguna vez pérdidas significativas de personas cercanas. Si bien, no detallan el proceso de duelo ni su resolución.

La pérdida de alguien cercano no es similar a la de un ser querido, una parte de las gestantes ha descrito cómo la pérdida de ese ser querido le generó tristeza, miedo, rabia... En ocasiones estas pérdidas vienen acompañadas de sentimientos de culpa.

Gracias a las gestantes que reconocen que han tenido experiencias de perder a alguien cercano, podemos recopilar la siguiente información: *“mis abuelos, sólo a mi abuelo, me sentía mal de que mi padre se fuera, pero porque era pequeña y todavía no sabía nada de la vida”, “a mi padre, mal”, “mi abuela”, “mi amiga ,mi mejor amiga y no lo he superado y han pasado ya dos años”, “sí a mi padre biológico que nunca tuve relación con el pero fue muy duro es una cosa que nunca se supera aunque no hayas tenido relación te duele si es tu padre tenía 18 años”, “mi abuelo, ya lo describí antes”, Ya no me siento tan mal pero si me dio mucho cuando pasó”, “sí. 15 años, pues triste porque me gustaría poder hablar otra vez, sentir sus abrazos...”, “pues cuando se murió mi perrita mucho porque me acompañaba siempre a todos los sitios”, “sí cuando tenía 12 años”, “mi abuela , la quería mucho, la perdí hace dos años y ese hueco no lo ha llenado nadie”, “cuando se murió mi abuela cuando tenía 5 años pero era muy niña”, “a una tía que vivía fuera pero la quería desde chica, vivía en EE.UU. pero cuando se puso bien la volví a ver”, “sí a mi abuelo por parte de padre, me sentí rara y triste pero luego pude afrontarlo porque para mí sigue vivo.”, “perdí a mi abuelo con 12 años y fue una sensación rara y algo desagradable”, “perdí a mi abuela con 14 años”, “no sé es una sensación rara cuando a los 4 años le perdí”.*

¿Habitualmente tienes que separarte temporalmente de tu pareja o familia, por ejemplo por viajes de trabajo? ¿Cuán frecuente ocurre esto? ¿Qué te sucede con eso?

Una gran parte de las gestantes reconoce no haber tenido que separarse temporalmente de su pareja o familia: *“no, la única separación es que él vive con sus padres y yo con los míos hasta que tenga trabajo, sí porque él vive con sus padres y yo con los míos”, “mis padres siempre ocupados”, “para mí sería duro si yo estoy muy apegada a mi familia”, “de mi padre, ya me he acostumbrado llevo 5 años sin que viva en casa”, ”no, pero sí tener a otras personas de mi familia cerca”, “no tengo pareja, ya que el padre de mi futuro hijo se ha desentendido de todo”, “pues me imagino una discusión tremenda con mi pareja en la que me tacha de infiel”, “no de mi madre, porque hemos estado juntas siempre menos en las excursiones”.*

En la muestra se describen gestantes que manifiestan grandes dificultades para poder expresar cómo vivieron esa separación temporal. Esa dificultad se generaliza a

otras situaciones que también fueron complicadas de verbalizar: “no sé, no me acuerdo, mi padre viajaba por trabajo pero no sé”, “no vivo con mis padres pero eso me ayuda a que nos llevamos mejor”, “mi padre y me sentí como si me faltase aire”, “de mi padre y le veía más o menos cada dos semanas y me acostumbré”, “no, sólo me he separado para estudiar ciclo formativo”, “muy mal, no soporto las separaciones y menos de mi novio porque un niño creo que necesita a sus padres para vivir”, “no, pero de mi madre y mi hermano ahora en la universidad y con el niño que espero se echa de menos”, “de mi parejas a veces porque es camionero y llevo algunos días sin verle pero sé que lo hace por el bien del bebe”. Un factor de riesgo familiar importante es cuando los hogares son rotos por divorcios, abandonos y separaciones. Ello implica la necesidad de que la familia vuelva a reequilibrar los desajustes acontecidos con el objetivo de estabilizar el clima familiar.

Di algo acerca de tu trabajo o estudios y cómo organizas diariamente tu vida

En general, de las respuestas reveladas en las entrevistas, se puede inferir cierto desajuste en lo que respecta a la organización diaria que protagonizan las adolescentes. Esta desorganización puede estar vinculada a la relativa importancia que concede la gestante a su futuro profesional en el momento de su embarazo.

Entre las gestantes que se prestan a hablar de cómo planifican su rutina de trabajo habitual, acentuamos cierta desorganización e indecisión: “voy llevando la universidad al día poco a poco y organizándome las cosas como van saliendo sin presiones”, “quiero estudiar este año, pero aún estoy que no sé entre fotografía, administración, informática, caracterización... me quedan pocos meses para poder decidirlo, mientras estoy juntando todo lo que necesita mi niña”, “pues intento estudiar, hacer las cosas del piso y dejar las cosas listas que necesitara mi hijo pero no sé las horas de cada cosa”, “intento seguir la vida normal pero me agobio cuando me empiezo a venir abajo”, “pues voy al instituto y por la tarde estudio y los fines de semana salgo y hago vida normal, los fines de semana mi madre y yo preparamos la ropita, la cuna y lo que va a necesitar”, “intento seguir el ritmo aunque a veces me distraigo no puedo organizar mi vida totalmente igual que antes”, “pues no me gusta mucho estudiar aunque las clases sí porque siempre tenemos algo que contar y bueno, pero cuanto más se me nota el embarazo más me miran y aunque yo no puedo pedir que dejen de mirarme algunos podría disimular. Yo organizo mi vida como antes solo que hay cosas que no puedo hacer salir hasta tarde, beber o fumar.” Durante el embarazo, la preparación de los útiles del bebé, ropa o mobiliario prevalece sobre la rutina de acudir a clase diariamente.

En general, las gestantes no organizan sus vidas en función de horarios estrictos: “me despierto y ayudo a hacer el piso, limpiarlo, hago la compra y después salgo a pasear con mi amiga y preparamos la cosas del bebe. Después de los nueve meses y cuando el bebé ya esté más o menos criado empezaré a estudiar”. “con el embarazo lo he dejado aparte pero necesitaría mucha ayuda para

concentrarme”, “pues intento repartirme por la mañana voy a trabajar a una pastelería y luego por la tarde hago la casa y ayudo en casa a mis padres, salgo los fines de semana e intento llevar una vida normal”, “ayudo en las tareas y si tengo tiempo libre voy a clases de inglés y en mi tiempo libre pinto y salgo con mi novio”, “pues por la mañana voy al colegio a estudiar hago los deberes, llevo una vida normal”, “pues más o menos lo que me dicen mis tíos”, “voy a clase siempre y como muchas veces me cuesta más me ayudan compañeros a los apuntes y eso...”, “voy a trabajar después a la hora de comer como con mi novio si no le toca viajar y por la tarde vuelvo a trabajar. Si me da tiempo veo a mis amigos un rato. Los domingos o sábados voy a ver a mis padres”, “pues me levanto hago la casa y ahora no trabajo pero por estoy en reposo y después me voy al parque a respirar aire puro”, “intento organizar el tiempo lo mejor que puedo aunque no me da tiempo a hacer todo lo que quiero hacer”. Para lograr un entorno familiar armónico es necesario establecer un orden en horarios y tiempos de ocio.

El resto de gestantes reconoce no planificar su tiempo destinado a estudiar o planificar su futuro académico/laboral durante la gestación: “pues ahora no trabajo pero en un futuro me gustaría”, “organizo siempre bien las cosas aunque a veces no cumpla con lo que me propongo, intento tener un orden en mi vida”, “pues estoy con mi madre voy a trabajar y luego estoy con mi pareja. los fines de semana me gusta ir con mis amigos”, “no me organizo mi vida y voy al instituto estudio como todo el mundo”, “pues dejé los estudios porque lo mío no era ir a clase y estudiar y ahora trabajo a tiempo parcial y más o menos me va bien”, “no me planifico sólo si tengo hacer cosas importantes como ir al ginecólogo o al médico o hacer exámenes”, “pues trabajo y vengo a casa igual que antes”, “pues ahora no trabajo pero todos los días estudio dos horas o así con la ayuda de mi prima que es profe y me viene a casa a prepararme los exámenes”. Esa falta de organización puede también aparecer junto a una falta de control: “lo he tenido que dejar ahora para hacerlo después de tener mi hijo, tampoco nadie me ha dicho que lo haga mal, en mi casa cada uno hace lo que puede”, “no quiero hablar de ello”, “no me organizo el día, ni mis padres se organizan”, “no trabajo ni estudio, mi vida diariamente es fregar mientras mi mamá trabaja.”, “pues creo que después del embarazo volveré a buscar trabajo y ya está”, “acabé mis estudios de bachillerato y de momento no voy a hacer nada hasta que tenga mi bebé”, “al principio del embarazo trabajaba y luego iba a casa con mi madre, por la tarde tomaba algo y luego ya después de haber dejado de trabajar voy a andar con mi madre, hago la compra, hago las cosas de mi casa...”. Esta desorganización puede estar relacionada con una desorganización familiar que puede además, venir acompañada de problemas afectivos en el hogar.

Entrevista II: Fortaleza y debilidad en la gestación adolescente

Es imprescindible conocer la descripción que las gestantes realizan sobre su propio proceso gestacional, y sólo así, podremos profundizar en la imagen que tienen

sobre él y por tanto, lograremos aportar respuestas adecuadas a sus potencialidades y debilidades.

Ante estos embarazos podemos plantearnos: ¿qué factores conducen o limitan a las adolescentes a una pronta gestación?, ¿qué les condiciona querer abortar o continuar con el embarazo?, ¿en el embarazo coexisten cambios físicos y sociales que harán aparición? Nuestra pretensión, está en la línea de ofrecer respuestas a estas preguntas, pues sólo un conjunto de factores pueden dar sentido completo a esta pronta gestación.

Las informaciones vertidas a raíz de las entrevistas, ponen de manifiesto características que fueron significativas en las gestantes y que nos obligan a evidenciar que, algunas de ellas presentan comportamientos y actitudes propios de sus circunstancias.

Motivación para continuar el embarazo.

Entre los motivos principales que las gestantes sostienen y que favorecen la continuidad de su embarazo, podemos citar, por un lado, el apoyo que reciben de sus familias, especialmente de sus madres y parejas, y por otro lado, el significado que han conferido a la maternidad. Este deseo no se exterioriza libremente con facilidad y puede tener origen en la más tierna infancia.

En ocasiones, un embarazo puede responder a una forma de evitar un aborto, entendiéndose éste como un acto de responsabilidad, e incluso como una salida para ellas optimista a una situación desfavorable. En otros casos, el embarazo se convierte indirectamente, en un vehículo para lograr otro deseo, como por ejemplo, el de contentar a una pareja.

Parte de estas motivaciones adquieren sentido si comprendemos el apoyo que recibieron y reciben actualmente de sus padres. Ellas justifican que gracias a ese apoyo, continúan su embarazo, si bien, esto no es condición única para afrontarlo de forma óptima, sino más bien, algo complementario, ya que condiciona, pero no determina su continuidad: *“porque tenía que asumir lo que venía ya... y mis padres me ayudaron”, “mis padres me apoyan y yo quiero claro, mi madre sobretodo”, “mis padres van a estar conmigo y tengo a mi madre, la tengo de lado mío, y menos mal si no es por ellos no sigo”*. En el desarrollo de la niña, que ahora es adolescente, puede tener lugar la identificación con la madre, y por tanto, las gestantes podrían aún desear permanecer en esa niñez, pues, necesitan situarse al lado de la madre y del padre, para que les “ayuden” a afrontar su embarazo.

A partir de estas entrevistas, reconocemos a gestantes que exhiben aptitud para afrontar la maternidad, reflejando de ese modo, un sentimiento de autoeficacia, y éste se convierte en un motor para continuar con el embarazo: *“es que tampoco soy una niña y sé que puedo ser madre...”* *“que es lo que siempre he querido, recuerdo a mi madre cogiéndome, como ella me quería...”*. En este caso, podemos remitir a la cita: *“la niña al convertirse en madre podrá realizar sus tendencias activas frente a sus hijos”* (Fajardo et al., 1998, p.89).

Asimismo, evitar un aborto suele ser otro motivo para afrontar el embarazo: *“el niño no tiene culpa de no tener un padre que se haga cargo y no quiero abortar, eso no está en mi cabeza”, “porque me enteré de dos meses y medio ya y que me entiendas, no me atreví a abortar”, “lo decidimos y porque no iba a abortar tenía poco tiempo para pensarlo y tenía de seguro”, “me da miedo abortar, como a mucha gente que conozco que luego pasa pero...”, “porque no acepté ni por asomo abortar es que ya soy mayorcita, hay otras con menos años que salen para adelante”, “no quiero abortar, como lo hizo mi madre que no abortó”, “porque estoy en contra del aborto, me sentiría horrible, como cuando se meten conmigo”*. En ocasiones, el aborto es evitado por las adolescentes debido al deseo que presentan de prescindir de un sentimiento de culpa que podría hacer aparición si abortasen.

Por otra parte, el embarazo puede construirse a través de la asunción de la responsabilidad respecto a las consecuencias de sus actos: *“porque hay que apechugar de lo que se hace”, “por mi pareja (siempre ha sido él, que quería tenerlo desde que empezamos insistía)”, “los dos estamos juntos en esto y tenemos ganas de tener el bebé y es lo que hay ...”, “porque yo y mi novio venga a quererlo muchas veces y llegó un momento en el que ya vino y todo bien, fue a los dos meses después...”, “porque quiero hacerme cargo de él”* (14 años). En otros casos, la gestación temprana responde a un sentimiento de culpa: *“porque es cosa mía y es mío el problema”, “me da igual porque mi pareja está conmigo y me va a ayudar a mantenerlo”*. En este último caso, se puede apreciar cómo la gestante se siente respaldada por su pareja y eso le conduce a no interrumpir su embarazo.

En lo que respecta al impulso del deseo de ser madres y tener a sus bebés, las participantes exponen: *“porque mi bebé es una vida que llevo dentro y para mí es como matar a alguien, es mi personita desde el minuto uno que la sientes, no sería capaz de abortar jamás”, “lo pensé al principio, pensé que mi madre, mi padre, mi abuelo, les sentaría mal pero les dije que lo quería tener y ellos me respetaron”, “el bebé que llevo es mío, aunque mis padres digan que no puedo”, “porque quiero ser madre”, “porque quiero tener a la niña”, “he decidido seguir porque aunque es pronto ya no voy a mirar atrás al pasado”, “quiero tenerla, puedo hacerlo bien más o menos, no todo...pero sí y confían en mí, desde pequeña me gustaba ser madre”*. A veces el deseo de ser madres, aún sin saber de la existencia de este deseo, favorece la óptima continuidad de la maternidad. La

adolescencia gestante puede caracterizarse por una indefinición personal, pero puede estar compensada con un entusiasmo resultante de la anticipación de su futuro rol materno.

El propio amor que sienten hacia sus parejas, conforma otro factor identificado y expresado por ellas, pues también deciden comenzar y afrontar la maternidad acompañadas por ellos: *“porque estaba enamorada de él y quería saber lo que era tener un hijo”, “ha sido muy muy buscado por mí y por él, porque nos hacía ilusión y teníamos ganas de ser padres”*. En el caso de que el objetivo de la gestante con su embarazo no fuera el de tener un hijo, sino el de alcanzar el amor de su pareja; es decir, que el niño fuera un medio para obtener algo, -como es la unión de la pareja o evitar una separación-, ello evidenciaría una auténtica falta de responsabilidad por parte de la madre. Un hijo debe ser fruto del amor y consentimiento mutuo.

En otra instancia, la gestación puede llegar a constituir una salida optimista a una situación, o bien suponer todo lo contrario, una salida problemática: *“porque es lo mejor para mí, lo pienso y no imaginas lo que estaba pasando”*. Asimismo, también puede implicar un nuevo reto vital a afrontar: *“he sido valiente cuando alguien me ha necesitado he ido, pues esto igual...”, “tardamos 18 largos meses en conseguirlo, así que arrepentirme es imposible”*.

Una gestante refleja con claridad qué le ha motivado a continuar el embarazo: *“Tengo una amiga que la violaron, y se quedó embarazada de mellizas y hoy en día son preciosas, siguió adelante y esa chica vale oro, yo también”* (16 años).

¿Qué ha supuesto y qué crees que puede suponer ser madre? ¿Qué es para ti una madre?

Las adolescentes brevemente han dado respuesta a la significación que para ellas ha supuesto aproximarse a la maternidad.

Algunas gestantes han realizado desplazamientos de su propio eje de prioridades a favor del nuevo ser, y a cambio esperan obtener su amor incondicional: *“ver las cosas y que tú, ya no eres la principal”, “significa todo, es ser lo que nunca he sido, es apoyar y criar a una hija y ser la persona más importante para ella”, “ser madre significa mirar por tu hijo porque nadie lo va a hacer mejor que tú, ni siquiera tus padres”, porque nadie lo va a querer como yo, y la niña no querrá a nadie como a mí y a su padre”, “el embarazo es un cambio más en mi vida y no sé, como una superación, como cuando has dicho me propongo esto y lo haces”, “ser madre es una responsabilidad, para mí y también para mis padres, ser madre es lo que siempre había querido ser, pero me gustaría que mi pareja estuviera conmigo”*.

El embarazo implica un progreso, una evolución, significa dar un paso más en la vida, y tal vez, también afirmarse en una maternidad, que probablemente será diferente a la efectuada por la madre: *“alguna vez te toca y a mí me toca ahora”, “yo siempre he querido ser madre joven no como mi madre que me tuvo con 36”, “estar siempre pendiente de él, que no le falte nada, y estar con él en todo lo que pase, yo no tuve esa suerte”. “para mí ser madre es una cosa que me hace sentir que voy a hacer lo que siempre he querido hacer y que no he tenido con mi madre, vamos ni con mi padre”*. Las gestantes sostienen que *“ser madre”* ha supuesto un cambio satisfactorio en sus vidas: *“una nueva superación en mi vida porque voy a intentar ser buena madre”, “lo mejor que le puede pasar a una mujer”, “ser madre lo es todo, lo más importante para los hijos”, “dar la vida y dejar mi herencia biológica, mi huella en el mundo, para mí es la mejor que podía pasarme” (16 años)*.

Entre los comentarios que realizan en torno a la maternidad, identificamos el papel que ellas perciben del rol materno observado en la figura materna, pues éste probablemente, sea el que desearán asumir en el caso de ser positivamente percibido y valorado por ellas: *“Ser madre es dar la vida por tu hijo y ser capaz de afrontar los problemas sin que te los solucionen otros, los tienes que solucionar tú y ya eres tú, quien decide para bien o para mal”, “ser mamá es grande no podría ni explicarlo, es que no sé”, “pues que ahora mi vida será mi hijo y tendré que ser buena madre”, “complicaciones, confusiones, problemas y depresión” (14 años)*. Ser madre para las gestantes supone experimentar lo que sus madres fueron para ellas y revivirlo: *“para mí significa mucho por mi madre me gustaría ser como ella”*.

En algunas gestantes podemos detectar cierta anticipación en su identificación con el rol materno y así dan significado y sentido a su propia existencia: *“el significado es que tengo muchas ganas de que me quiera y que me necesite y yo la ayude y sepa que puede contar con su mami”, “ser madre es estar con tu hijo para todo, si necesita eso, lo otro y si no, no seas madre”, “ser madre ahora junto con mi pareja que es lo más grande”, “es el mejor regalo que me ha pasado en la vida, es que es difícil explicarlo, pero es increíble”*.

Asimismo *“ser madre”* implica para ellas una pérdida de costumbres adolescentes (no pueden salir hasta tarde, no pueden excederse en la actividad física, tienen que tener cuidado con lo que ingieren...): *“no sé, supone cambiar de salir con mis amigos y estar todo el día en la calle a tener que quedarte en casa, salir solo a unas horas...y si es que te dejan”, “ser madre es tener una familia y ocuparte de tu hija y saber que tienes que darlo todo por ella, hasta tu vida porque eso es ser madre”, “te quedas sin un poco de libertad”*.

“Ser madre” puede constituir una forma de alcanzar un sueño infantil: *“No eres la primera que me lo dice, pero vamos para mí siempre fue un sueño ser madre, llegase cuando llegase, y si llega ahora mi hija no será rechazada”, “la verdad es que me*

costó hacerme a la idea de que iba a ser madre, no me lo creía me hice un montonazo de tests de embarazo y todos positivos” (16 años). Como podemos identificar, en ocasiones se hace difícil aceptar una realidad tan compleja.

Significación del nuevo ser en la vida de la gestante

¿Qué ha supuesto para ti?

Nuestras futuras madres han manifestado a través de comentarios, el significado que confieren al nuevo ser que están gestando.

Ese nuevo ser, ese futuro hijo en sus vidas, constituye para algunas un pilar fundamental en su existencia: *“mucho, es lo más importante que te puede pasar en la vida y lo mejor hasta diría yo lo único bueno”, “es una ilusión y ganas de que nazca y ver su carita, sus manos, si saca los ojos del padre”, “supone algo que cuesta decir con pocas palabras porque te llega al corazón y además si ya lo llevas pensando desde los 18 como yo...”, “ha supuesto toda la suerte que hoy tengo, porque todo me sale torcido”, “va a suponer porque todavía no ha nacido lo mejor de mi vida, mi familia o lo único, es todo él y él”, “los dos mi pareja y yo estamos como locos, sentirme diferente especial y sentirme mujer”, “todo porque antes nada tenía sentido” “supone una nueva vida y ser más adulta”.*

Una gestante de hecho, desconoce o no quiere expresar el significado que le concede al nuevo ser, afirmando que: *“no ha nacido todavía, no ha nacido, no sé”.* Esto ha sido un claro ejemplo de que la gestante puede no haber forjado todavía una identificación con el rol materno y posiblemente, todavía no le ha conferido al nuevo ser la significatividad que merece. En la misma línea, otra gestante sostiene: *“como lo tengo en la barriga no puedo decir nada, pero sé que el futuro será distinto para mí”.* Desconocemos si es en sentido positivo o negativo.

El significado que le confieren al nuevo ser, puede estar a menudo vinculado al sentido de responsabilidad: *“tengo que ocuparme de él”, “pasaré de cuidar de mis primos a cuidar a mi hijo, no es un gran cambio, antes eran 9 horas, ahora serán 24”, “pues es hacer lo que mi madre hizo conmigo, pues ser un ejemplo, criarlo, mantenerlo, ponerle un plato de comida todos los días”, “no sé, supone ser mujer adulta y cuidar y educar a un hijo que es lo más difícil de todo, no el embarazo”, “ más de madurez” (14 años)* . Esta responsabilidad se puede afrontar con un mayor o menor grado de esfuerzo, dependiendo de cómo haya sido efectuada la experiencia vital de resolver problemas de forma autónoma con anterioridad al mismo.

La gestación puede ser percibida como una experiencia de felicidad, además esta experiencia puede ser algo que las gestantes habían ansiado desde hacía tiempo: *“era volverme loca de contenta de que alguien me quisiera, de saberlo”, “felicidad, mucha felicidad... no sé”, “cambio de vida, mejor porque ahora me hace tener un motivo para tirar del carro”*. Esta felicidad puede tener su culminación cuando nazca el hijo, no obstante, puede que ocurra el efecto contrario, que con el nacimiento las expectativas que habían depositado no se alcancen y la frustración sea mayor.

El nuevo ser implica para la madre una asunción de cambios importantes: *“es como un cambio en mi vida”, “el bebé, aunque el principio lo veía negativo, como un peso encima, ya lo veo bien y puede ser una oportunidad en mi vida para empezar otra vez de nuevo, lo que no quiero es que se parezca al papá”, “ser madre un cambio enorme, piensa que pasas de preocuparte por el instituto, instagram, salir, a pensar cómo cambias pañales o echa el aire”, “ha supuesto que deje de ser una niña para hacerte cargo de otro”, “pues yo no quería tener hijos, ahora mi familia se ha bloqueado también por mí, pero la que tengo que luchar con todo, soy un problemón”, “supone pensar más las cosas estar más asentada, estar pensando en cosas distintas, no sé es que no lo noto tanto”*.

La gestación puede llegar a constituir un obstáculo, una dificultad para aquella gestante que no se perciba preparada para afrontarla: *“un inconveniente porque no me veo capaz de educarlo bien y de sus abuelos tampoco puedo pensar...”*, *“no estoy animada porque soy joven desde mi punto de vista es ser feliz con quien tú quieres y amas pero me gustaría casarme antes”*.

“Pero no sé, siento que estoy cada vez más sola, siento que quiero retener a mi hija unos años en mi vientre, siento que no estoy preparada, quiero a su padre y no está, no sé qué he hecho mal”(16 años).

Cambios que observa la gestante en sí misma.

¿Cómo piensas, sientes, actúas?

Las gestantes identifican heterogéneos cambios vinculados a los modos de pensar, de sentir y de actuar que caracterizarán este periodo prenatal.

La experiencia de emociones diferentes en las gestantes va influir en sus mecanismos de decisión: *“actúo siempre pensando más las cosas, a veces lloro con cosas que no tienen importancia”*, sostienen además, que anteponen el propio hijo a su interés personal; *“pues pensando primero en mi bebé y luego en los demás, antes que yo misma”, “pienso y siento siempre en cómo va a ser, si se parecerá a mí ...”, “en que hay que ahorrar dinero para el bebé y dedicarle el*

tiempo” observan así, que determinados comportamientos son más propios de una futura madre adulta que de una adolescente: *“siento que no hago cosas de personas de mi edad, sí de más edad como ver revistas, leer en internet cosas, ya no bebo alcohol, no fumo...me cuido más”*, *“actúo igual aunque cuando voy por donde vivo tengo más cuidado con lo que como o a no salir mucho, como si estuviera mala, también siempre veo cómo lo voy a hacer si voy a ser buena madre, y que la pondré, dónde viviremos..”*, *“siento que esto me ha venido antes de lo que yo planeé pero mi novio es mucho mayor que yo, 24 y tiene trabajo fijo y me apoyará y no nos irá tan mal”*.

Experiencias gestantes de preparación a la maternidad también se reflejan en sus respuestas, ya que son acontecimientos vitales que comparten con la pareja o la familia, en quienes delegan parte de la responsabilidad que supone aproximarse a la maternidad: *“ahora mi novio y yo tenemos que comprar la cuna, preparar la ropita, los juguetes, más él porque yo no me puedo ni mover...”*, *“mi novio es más maduro y menos mal y lo que pienso y lo que siento es bueno porque tengo a mi hijo y antes no lo sentía”*. Asimismo, el nuevo ser forma parte de sus pensamientos: *“sientes que tienes que ser más adulta, más mujer porque hay una personita que va a depender de ti, lo pienso mucho, le doy vueltas”*.

Las gestantes aluden a cambios psicológicos y emocionales entre los que subrayan actitudes optimistas vinculadas al cuidado del nuevo ser: *“pues estoy más contenta porque la gente me hace más caso y confían en mí”*, *“no me como la cabeza por tonterías, ahora te das cuenta de lo que importa”*, *“sigo igual solo que me preocupo de que me nazca bien”*, *“cambios como que soy más madura, aunque me den consejos yo puedo decir que sí o que no”*, *“más carácter y menos ganas de salir, me tocan más las narices”*, *“mi madurez creo”(14 años)*. Como podemos deducir, ellas perciben con cierta nitidez todos esos cambios.

Modificaciones que implican una nueva forma de ver y actuar en la vida: *“más ganas de vivir porque ahora vives por la niña que esperamos”*, *“pues estoy más tranquila y él igual, aunque a veces estoy muy nerviosa, la mayoría estoy muy bien, mis amigos me cansan mucho”*, a veces ese cambio vital implica un mayor cuidado de sí misma: *“la desgana, te apetece comer más, salir más pero a sitios tranquilos”*, *“tengo muchos cambios de humor y hasta me arrepiento de haber seguido tanto con mi pareja, que debí de haberle dejado antes de quedarme embarazada”*.

Los cambios físicos también son una realidad en este periodo prenatal, aunque no son el foco principal de atención, podemos citar los que ellas han evidenciado en mayor medida: *“pues últimamente como mucho, otras veces no tengo ni hambre ni nada y otras veces me da un cosquilleo de que el bebé no para de moverse, los dientes me duelen mucho fijate que raro”*, *“se me cae el pelo, y algunas comidas no puedo ni olerlas”*, *“estoy más gorda y suelo tener mucha hambre, unas veces estoy maravillosamente y otras por los suelos”*. Como podemos identificar, el aumento de peso es el cambio físico al que más hacen referencia: *“pues he puesto 5 kilos*

más aunque dicen que no se me nota y mal humor, que paso de la sonrisa al llanto en menos de una hora”, “es como un descontrol, miedo a que no saber lo que me espera, el cambio de cuerpo y el parto”, “el peso, estoy más cansada...”, “el cuerpo y carácter”.

Por último, hallamos también gestantes que no reconocen grandes cambios en sí mismas fruto de la gestación: *“no sé qué cambios decir”, “es que no noto cambios muchos, soy igual lo llevo bien” “soy la misma que antes, es que no ha pasado tiempo”, “actúo igual aunque ya tengo más cuidado los fines de semana, no salgo hasta tan tarde, pienso más en mi nueva vida y en lo que es ser madre”.* Desconocemos si su objetivo es restarle importancia a las transformaciones propias y normales de cualquier periodo prenatal, o realmente no han percibido dichos cambios; también puede ocurrir que ellas mismas no los perciban con una suficiente significatividad como para posibilitar el poder identificarlos y verbalizarlos en la investigación.

“Pero es que mi vida ha cambiado totalmente, no sé si para bien o para mal, creo que es porque ahora soy madre, quiero ver a mi padre, ahora más que nunca, me gustaría decirle aquí está tu nieta, mi hija, carne de mi carne, lo que más quiero en el mundo antes que tú y mamá”(16 años).

Cambios psicológicos (estado de ánimo, sentimientos, estrés, autoestima, alegría, tristeza...) o cambios físicos (aumento de peso, estrías...) percibidos. Cómo actúas, piensas y sientes.

Los sentimientos que van surgiendo a lo largo del embarazo, ayudan a las gestantes a construir su propia vida afectiva, ellas necesitan vincularse afectivamente a los otros, al mismo tiempo que su cuerpo está experimentando continuas transformaciones.

Existe una gran variabilidad de cambios que van a hacer aparición durante los aproximadamente nueve meses durante los cuales se prolongará la gestación.

Las gestantes que afirman que los cambios psicológicos son más fuertes que los físicos sostienen: *“los psicológicos más fuertes me rallo mucho y a mí el peso, pues como soy muy flaca peso 43 kg me da un poco más igual, pero otras estoy de bajón”, “los psicológicos más fuertes porque los físicos sabes que los vas a tener sí o sí”, “psicológicos”, “los psicológicos, los físicos me dan igual”, “no he subido de peso y las estrías no me han salido aunque tengo miles de moratones”, “siempre he sido "grande" el físico me es lo de menos, y los psicológicos han sido muy, muy fuertes no sé decirte”, “pues los dos aunque la gente nota más los físicos, yo creo que los psicológicos son peores”, “al principio hasta que te haces es duro porque no sabes bien, para mí lo bueno es que tengo a mi*

familia y en cambio, lo físico te haces a ello”, “los más fuertes son los psicológicos tengo una depresión muy grande, no duermo bien me acuesto como a las 4 y me despierto a las diez muy cansada”(14 años).

Las gestantes que manifiestan que los cambios físicos son más fuertes lo expresan así: *“lo peor es el peso”, “no sé si estoy cambiando pero sí que peso mucho, la gente dice que estoy engordando”, “los dos, los físicos hasta más porque muchas cosas no me reconozco”, “unas semanas estoy muy bien, otras tengo dolores que tela... otras muy bien, depende...”*, *“lo de las estrias y el peso es algo que ya sabía que me pasaría como a mi madre y que es un coñazo”, “me está cambiando mucho mi figura y los kilos he subido más de seis kilos”*, *“sólo el peso, pero no noté mucho cambio, lo único los suegros me dan todo hecho, sin moverme del sofá y eso te hace engordar más”, “no tengo nada no sé, ni síntomas ni cambios”*.

Las gestantes que consideran que los cambios físicos y psicológicos se producen con la misma intensidad declaran: *“los dos, pero mi padre dice que el carácter me está cambiando mucho”, “los dos igual”, “los dos cambios son fuertes”, “los dos son cambios fuertes cuando tienes 19 años”, “no sé cuáles son más fuertes pero los físicos son insoportables”, “no sé los dos a la vez”, “pues fuertes han sido todos los cambios, el aumento de peso sí también”, “iguales, los físicos porque te haces mujer y psicológicos porque es una nueva vida”, “cambios psicológicos sí, porque estoy algo más estresada pero también físico, porque sí que he engordado unos cuantos kilos...”*.

“Supongo que las hormonas también te hacen sentir mal con los cambios de humor”
(16 años).

Cambios significativos observados en su entorno social de amistad. Cómo actúan, piensan y sienten

A continuación presentamos los cambios más significativos que las gestantes han identificado en su grupo de amigos. Las respuestas han sido estructuradas en tres partes: en primer lugar, la de las gestantes que perciben que se han producido cambios positivos en su grupo, en segundo lugar, la de aquellas que perciben que éstos no han sido nada optimistas, y finalmente, se analizarán las respuestas de las gestantes que no perciben grandes cambios en este entorno social.

Hay gestantes adolescentes que residiendo en diferentes puntos de la geografía mantienen contacto con otras gestantes a través de redes sociales. Las adolescentes suelen recurrir a estos lugares de encuentro, no sólo para establecer amistades y formar

parte de una comunidad de apoyo a través de internet, sino también para solicitar asesoramiento relacionado con el embarazo.

En la muestra, hallamos gestantes que perciben de forma positiva los cambios que han acontecido en el entorno de amistad, y por tanto, son optimistas respecto a ellos. Otras gestantes, sin embargo, ante estos cambios identificados no buscan tanto un apoyo sincero o de calidad sino simplemente solicitan respeto: *“que va, mis amigos siempre me traen antojos y me cuidan, algunos me miran mal y otros como con asco, pero me da igual, los de verdad siempre están”, “mis amigos defienden a mi novio porque mis padres no reaccionaron bien y saben que mi madre y mi padre y hasta mi hermana aunque me quieren no les parece buena la idea”, “yo no lo busqué quiero que me respeten, quiero seguir adelante, cada uno ha hecho sus cosas y nadie ha dicho nada”*. A menudo para ellas, los amigos que permanecen durante los momentos más difíciles son los que representan la verdadera amistad: *“mi mejor amiga y los demás van a estar conmigo siempre. Tengo pocos amigos pero con los dedos de la mano me sobran”, “mi amiga de verdad sigue conmigo y los que no lo eran se están descubriendo”, les sirve para poder confirmar amistades “verdaderas” :“mis amigos me apoyan y me dicen que me tienen para cuando los necesite”, “mis amigos bromean con el tema pero me van a ayudar porque siempre lo han hecho...”, “aunque ellos dicen que sería mejor esperar pero no sé a qué hay que esperar si los dos tenemos trabajo” “mis amigos buenos los tengo, los que no eran tan verdaderas se han ido”, “saber quiénes son mis verdaderas amistades” (14 años), con frecuencia, estos amigos según las gestantes, también esperan al bebé: *“todos me defienden por eso son mis amigos”, “mi mejor amiga tiene hasta más ganas que yo de ver a mi bebé, nos quiere mucho”*.*

Por otra parte, también encontramos gestantes que han observado cambios no optimistas en este entorno, así como conflictos dentro del grupo: *“pues muy mal porque a ellos les da vergüenza salir a la calle conmigo y las tías que si estoy loca que si no sé qué, doy vergüenza”, “mis amigas están igual a lo mejor pueden estar más frías y todo y eso, de mí porque no puedo estar como ellas...”, “si cambiaron porque decían que era niña hasta ellos tienen mi edad”, a menudo no se sienten comprendidas por sus amigos de siempre: “conseguí hace poco que una amiga no abortara y siguiera a delante con su embarazo, pero lamentablemente, tuvo un aborto y yo me quedé un par de meses después, pasó de mí y hablo por los grupos de madres”, “dejas de salir de bares y te vas quedando más sola en casa esa es la verdad”*. La experiencia de soledad comienza a ser frecuente incluso en aquellas que disfrutaban de tener mejores amigas antes de la gestación: *“mis amigos no mucho pero mi mejor amiga sí, porque ella ha perdido el contacto conmigo porque le doy pena o no sé”, “ellos me apoyan aunque al principio les chocaba y me decían qué mala suerte o no pasa nada”* reconocen que al ser las circunstancias diferentes a las de sus

amigos, se sienten de algún modo excluidas: *“pues que todos están con carreras y yo no puedo salir, puedo seguir estudiando pero no igual, prefiero no hablar”*.

Las adolescentes que apenas han percibido grandes cambios expresan: *“están igual conmigo”, “no observo cambios porque el embarazo es mío. Ellos nos apoyan y aunque somos jóvenes muchos también son padres como yo, es lo que hay”,* a menudo los amigos también esperan o han esperado un hijo: *“mis amigas no cambian”, “en mi barrio todo es lo mismo, la que he cambiado soy yo que no puedo hablar de las mismas cosas, solo puedo hablar de lo que pasa aquí en donde yo vivo”, “tengo una mejor amiga y ella no cambiará conmigo o eso dice ahora”,* para algunas gestantes, el embarazo no ha modificado la relación que mantenían con sus amigos: *“mis amigos son para mí lo más importante después de mi madre”, “mis amistades, es que ellos no tienen por qué cambiar, si yo no cambio con ellos...”, “mis amigas pasan del tema, ya se lo toman como algo que me incumbe a mí”, “mi amiga está a muerte y sé que puedo contar con ella”, “no les he dejado aunque no puedo hacer cosas en mi vida iguales o como las de otras chicas”, “el embarazo no tiene por qué cambiar mi forma de ser”, “nada”, “mis amigos igual lo único que no puedo a lo mejor andar todo el día en la calle y hay que quitarse de eso más pero ya está”*. Es evidente, que las adolescentes no pueden mantener ciertas rutinas y hábitos, que sí serán habituales en su núcleo de amigos.

“Iba al colegio, montaba a caballo, iba de compras, viajaba por muchos sitios, antes era todo distinto” (16 años).

Cambios más significativos observados en los progenitores. Cómo actúan, piensan y sienten

Como plantea García Zabaleta (2004), la adolescencia es un periodo del ciclo vital familiar en el que se producirán modificaciones en las relaciones familiares que pueden implicar además cierto grado de estrés, *“la familia se encuentra en un periodo de desafío”*. Esta realidad tiene lugar por una parte, porque los padres tienen que responder al deseo de autonomía de sus hijos, y por otro, porque la familia debe mantener también cierto grado de cohesión o unidad.

Las gestantes, además de observar cambios en ellas mismas, también identifican cambios en su entorno familiar más inmediato. Las respuestas que se obtienen de las entrevistas se han estructurado en función de cómo los padres se han adaptado a la nueva experiencia de embarazo.

Las adolescentes que han percibido que sus padres han tenido que hacer frente a una situación difícil que se ha incrementado con su gestación expresan que: *“están más*

distantes, prefieren no decir nada. Saben que la cosa está mal ahora, pero yo no lo busqué y ya no tengo la culpa”, podemos inferir un sentimiento de culpa en las gestantes, y éste a menudo puede ser paralizante, pudiendo determinar la forma de regular la propia conducta: *“ellos siempre querían que me casara muy tarde y todo eso... que fuera más responsable con mi vida sobretodo mi madre...”*, *“mis padres me respetan más pero mi padre se lo ha tomado fatal yo siempre era su niña”*, los padres revelan cierta desilusión ante un embarazo inesperado: *“mis padres están enfadados con mis tíos porque me hablaron mal”*, *“mis padres piensan en el dinero y el gasto”*, *“mi madre está fatal pero yo ya tenía mala relación antes del embarazo, creo que cuando nazca el bebé todo ese enfado se le pasará y se ilusionará, habla más del bebé que de mi”*. *“Mi padre dice que era pronto pero cuento con él”*, algunos de ellos independientemente de su decepción, apoyan a sus hijas, ahora también pensando en sus nietos: *“mi madre está más preocupada que yo por el bebé, me pega su agobio y yo no lo soporto más”*, *“mi padre le da un poco igual, me da charlas del embarazo y bueno, no queda más remedio que oír”*, *“mi madre lo ha pasado peor por mí, porque piensa que se me van muchas cosas”*, *“que están más estresados”*.

Al mismo tiempo, podemos observar cómo en algunos casos, el que las embarazadas sean adolescentes favorece el que los padres ofrezcan apoyo. Si bien, estos padres no dudan en mostrar que no se sienten preparados para presenciar cómo sus hijas se exponen a tal experiencia vital. Esto supone decepción en las gestantes y en ocasiones, incluso frustración: *“mi padre esta últimamente mal porque tienen miedo que no lleguemos a final de mes, y piensa que tener un bebé es una ruina”*, *“mi madre me ayuda con todo y sale conmigo de tiendas, pero me controla muchísimo más que cuando no estaba embarazada, no se fía de mí”*, *“a mis padres les he decepcionado, saben que dependo de ellos y para ellos ha sido un baño de agua fría, dicen que me echo a perder yo solita”*, *“mi padre se enfureció pero no me culpó y aunque está separado de mi madre habló con ella y sé que a los dos les dolió”*, *“mi padre pasa de mí”*, *“también porque soy muy joven y ellos piensan que voy por la vida sin pensar en nada”*, *“mis padres me ignoran desde que tengo 15 años, y ahora más”*, *“mi padre se lo ha tomado mejor que mi madre, para ella ha sido un problema gordo, ella quería que estudiara”*.

En la muestra se identificó cómo en algunos casos se producía una actitud favorable al embarazo por parte de los padres de las gestantes: *“están más blandos, parece que le gusta la idea de ser abuelos jóvenes”*, *“mi madre ha estado mucho tiempo rara que he visto que no me hacía caso porque estaban siempre trabajando y me llamaban de vez en cuando, pero cuando he sabido lo del bebé y el padre de mi niña se ha desentendido me he dado cuenta que en las malas están”*. Algunos progenitores son además muy sensibles a las necesidades que ellas presentan: *“se quedaron amargados pero luego ya lo aceptamos más o menos bien”*, *“mi padre está más preocupado que mi madre, me pasa eso desde hace 5 años”*, *“ellos están siempre viendo y preparando las cosas, ayudándome para que no me deprima y acompañándome a todos los sitios al instituto, a casa de mi amiga”*, *“mi padre no, pero mi madre siempre pendiente en todo momento y me dice que mi padre*

también me habría apoyado como lo hizo cuando tuve 12 años pero ahora imposible”, “mi madre está más tiempo conmigo, mi padre no puede y ni quiere”.

Parte de las madres de las gestantes comprenden la situación, dado que ellas han transitado por esta tipología de embarazo, e incluso a una edad menor que las de sus hijas: *“mi madre está esperando a su nieto y no veas, se nota mucho porque habla con las vecinas, con sus tías y aunque al principio fue un poco incómodo ahora lo llevamos bien. Ella me tuvo cuando tenía 19 años”.*

En la muestra también predominan gestantes que no han percibido cambios en el entorno familiar: *“ninguno, sólo que están más contentos”, “mi madre sigue igual que siempre, criticando cada cosa de mi vida, y mi padre ha decidido que él también quiere revivir su paternidad, con su pareja, con la que está desde que mis padres se divorciaron”, “igual”, “mis padres van a dejarme libertad pero si yo los necesito los voy a tener, parece egoísta pero es la verdad”, “vivo sola”, “yo a mi padre no lo tuve conmigo no teníamos relación pero mi madre ha sido todo para mí”, “mi padre y mi madre saben que es mi hija y no se meten, ni se alegran, ni les da pena de mí””, “mi padre maltrató a mi madre y a mí y todo sigue igual” (14 años).*

“No es que yo no me crea capaz, porque aunque no lo creas siempre soñé con el momento de quedarme. Mi sueño de siempre ha sido ser madre. Pero quiero darle todo, lo mejor y pienso que no podré y que la voy a hacer sufrir”, “Estoy sola, mi madre casi ni me habla, discutí con mi novio y me dejó, yo no tengo padre ni a quién recurrir” (16 años).

Cambios más significativos percibidos en el entorno académico. Cómo actúan, piensan y sienten.

El entorno académico constituye un ejemplo de entorno social en el que la adolescente puede establecer relaciones afectivas además de recibir orientación y formación académica (Estupiñán-Aponte y Rodríguez-Barreto, 2009).

Las gestantes son más reticentes a contestar preguntas sobre su entorno académico, y somos partícipes de que un gran número de ellas ha abandonado los estudios. Como resultado, reflejan una baja motivación a hablar del tema y perciben este entorno como problemático.

Algunas gestantes parecen no desear pronunciarse respecto a este tema: *“no entiendo no sé, yo dejé de estudiar”*, otras han experimentado obstáculos en su incorporación a este entorno: *“no me hablan a la cara, a mí me hablan bien, pero me consta que por detrás me*

ponen verde”, “ en mi trabajo pues no les hace tanta gracia, trabajo en un bar de amigos míos pero no me van a echar por eso...”, “estoy trabajando porque hice un ciclo formativo que no he terminado pero con el bebé voy poco a poco”, “nada”, “en mi colegio dicen que cómo he podido descuidarme y tener tan mala suerte yo también lo pienso igual”, “la gente de allí no sé si está diferente conmigo porque faltó mucho a clase o llego tarde”, “mis compañeros me miran raro me da igual”, “ muchas sienten pena por el padre de mi hijo como si la culpa de tenerlo y de no abortar fuera mía o mía y de mis padres, ellos dicen que tenía que abortar pero luego en el barrio hay muchas que se quedan con 19 y 18 y por 3 o 4 años no tengo que abortar”, “pues ahora me quieren más desde que estoy embarazada no sé si es por pena”. En general, las gestantes no se encuentran bajo una situación normalizada en el centro educativo, se sienten en cierta medida, observadas y señaladas.

La presencia aunque indirecta de los padres en el ámbito académico y laboral es evidente: *“ellos quieren que estudie como siempre pero eso tampoco porque ahora tendré que prepararme para tener al bebé, y eso y me quita mucho tiempo”, “estaba trabajando los fines de semana en un pub y no iba a ningún colegio, mis padres pasaban de mí”, “no estudio”. Como hemos identificado, hay padres que no prestan atención a los estudios de sus hijas, mientras otros sí lo hacen y además desearían que continuasen estudiando. Algunas gestantes quieren posponer sus estudios e incluso abandonarlos: “no tengo entorno académico ahora, pero cuando termine el embarazo quiero ponerme con los estudios y empezar una carrera”, “en la universidad lo único que me dejan en sitios donde puedo ir al servicio mejor pero nada más, soy como cualquiera de los que está”, “yo tendría que estar haciendo un módulo pero con la barriga lo he dejado para otro momento”, “estudio hasta que pueda terminarlos”, “no voy a clases yo trabajo”, “nada lo dejé”, “no he vuelto a ir a clases”.*

La identificación de cambios optimistas en este entorno no es fácil para muchas de ellas, ya que el tema de los estudios, incluso antes de conocer su embarazo, era un tema tabú. Sin embargo, para otras gestantes el entorno académico no ha cambiado significativamente: *“yo sigo estudiando igual y no noto cambio, a lo mejor algún día me tiene que cambiar la clase o algo o dejarme las preguntas que han dado pero cuando tengo consulta intento que sea por la tarde” , “se han acostumbrado a verme así y mejor porque ya no lo paso mal”, “pues mis profesores me ayudan y me están ayudando mucho y si faltó pues no están tan encima”, “mi entorno académico no cambia, yo estoy estudiando un ciclo formativo y vivo con unas compañeras y la gente me habla como si no estuviera embarazada no mencionan el tema”, “ninguno”.*

“Yo quiero estudiar veterinaria. Pero no creo que pueda ya. Pero yo me estoy planteando darla en adopción para que tenga un mejor futuro y sea feliz y tenga mejor vida.” (16 años).

¿Te gustaría haber recibido orientación en tu instituto o centro académico/laboral?

En lo que respecta a si les hubiera gustado recibir orientación académica en su centro académico regular, las respuestas reflejan cierta indiferencia y rechazo.

Una parte de las adolescentes expresa cierto interés por recibir asesoramiento u orientación en su entorno académico, dada su situación: *“sí, un poco, que me digan o me pregunten si la gente me mira mal, porque a nadie le interesa escucharme”, “sí, yo ya contaba con el apoyo de mis padres, pero sí me hubiera gustado que me ayudaran por ejemplo a que muchos no me criticasen. Igual que cuando viene alguien de fuera y se siente marginado pues yo a veces me siento así”, “sí que me hablaran más del tema del bebé pero me dijeron que había que tener cuidado de que otras chicas no me vean y quieran hacer lo mismo”, “sí pero como mi madre me apoya no me importa”*. En muchas de estas reacciones identificamos un entorno académico que a juzgar por las propias gestantes, no apuesta por la inclusión de las mismas.

Negarse a recibir un apoyo de ese tipo, también constituye una realidad en nuestra muestra, siendo el embarazo considerado una experiencia íntima, personal y en todo caso familiar, que les incumbe a ellas y a sus familias en exclusividad: *“pues no sé, qué orientación, me dieron cursos de educación sexual”, “no”, “no la verdad”, “pues no sé, en qué pueden decirme o charla, porque a mí me las da mi ginecólogo”, “noo” porque ya soy mayorcita”, “noo”, “estoy en la universidad cuando iba al instituto si me dieron educación sexual esto ha sido por un desliz mío”, “no”, “no ya soy adulta”, “recibí orientación sobre el aborto y eso pero ya está y que si tenía un problema podía contar con ellos”*.

Ante el rechazo a recibir formación en este entorno, las gestantes alegan no tener por qué recibir ningún asesoramiento: *“no porque ya soy mayor de edad y yo decido lo que hago con mi vida”, “no, porque es asunto mío y si hay cosas que no sé, mi familia me apoya”, “pues no porque ya he acabado instituto”, “no”, “no, porque mis padres me han orientado bien”, “no me la han dado no la echado en falta”, “no porque yo ya me entero de las cosas con mi matrona que me conoce mucho, no porque es una cosa mía”*.

Aunque no en gran número, en la muestra hallamos gestantes que sí recibieron educación sexual en el instituto: *“la he recibido y se han portado muy bien”, “la recibí, pero quería ser madre joven, orientación sobre el embarazo no, porque nos dieron charlas de sexología en instituto”, “he recibido orientación en mi colegio y me hubiera gustado que me apoyaran más sinceramente”*.

El hecho de que las gestantes no sean conscientes de la importancia de esta orientación en el instituto o no la deseen, e incluso la obvien, pone de relieve la necesidad de trabajar directa o indirectamente en este ámbito.

“Mientras mis compañeras del colegio empezaban a hacer cosas yo tenía pánico” (16 años).

Comunicación madre e hijo durante la gestación.

Muchas gestantes coinciden en afirmar que percibieron los primeros movimientos del bebé a partir de los cuatro primeros meses y reconocen poder expresarles cariño a través del tacto o la voz.

A continuación se exponen algunas de las respuestas que mantienen las gestantes en los primeros contactos que se producen durante los primeros meses de embarazo: *“yo le acaricio mucho y siento que se mueve” “sí mucho porque es muy grande y nacerá con mucho peso”, “sí, aunque aún es pronto pero es como si pudiera escuchar el corazón como una sensación rara”, “sí le hablo y le pongo música”, “sí porque se mueve”, “sí me da patadas, me hace vibrar la barriga yo la hablo y acaricio y creo que lo entiende”, “sí y además desde los primeros meses es una niña y muy guerrera como yo”, “sí mucho y le hablo todos los días, mi novio y yo le ponemos música y en el coche se mueve”, “sentimos que aunque somos dos es como si fuéramos uno, no quiero que salga de mí”, “me comunico con ella acariciándola”, “nos comunicamos yo le hablo y él se mueve y yo puedo sentir que me quiere, esto podría durar siempre”, “sí, a veces me da patadas”, “sí pero no se mueve mucho todavía, mi ginecólogo dice que es pronto y tengo ganas de que se mueva más”. Una gestante percibe el movimiento como algo incómodo: “me resulta un poco difícil encajarnos”, “no digo que no lo quiera, pero a veces me incomoda en el día a día con lo que se mueve”. A partir de la séptima semana existen señales de sensibilidad en el bebé y progresivamente irá adquiriendo mayor sensibilidad al tacto.*

Las gestantes en función del momento del mes de gestación en el que se sitúen, percibirán mejor o peor los movimientos del bebé: *“sí nos comunicamos aunque él no me puede responder, yo le hablo”, “la siento a veces y eso me preocupa pero de vez en cuando sí que se mueve, me han dicho que es pronto y es normal”, “bueno él se mueve pero le noto yo a él, él no sabe ni busca decirme algo pero yo sí le digo cosas que aunque no se entera yo creo que él se da cuenta de que la quiero”, “si estás enfadada te duele la barriga chillando mueve mucho y dormida te relajas se acomoda, y ella te escucha mucho”, “cuando entro en sitio con música le gusta”. Es posible que las gestantes aún no perciban los movimientos del bebé, y que experimenten únicamente leves sensaciones.*

Los movimientos del bebé permiten a la gestante experimentar felicidad: *“lo que siento me hace sentir bien, cuando se mueve o cuando escucha mi voz y la siento dentro”, “aún es pronto”* y además, anticipar el rol materno. Para otras adolescentes, sin embargo, estos movimientos les generan angustia: *“sí, pero a veces me angustia porque pienso que puede que lo haga mal”*.

“Sentir dos corazones dentro de ti y poder sentir movimientos en tu barriga y sentir a tu bebé” (16 años).

Temores, ansiedades y estrés ¿Cuál es tu miedo más intenso durante el embarazo?

Los miedos descritos y experimentados con mayor intensidad durante el embarazo fueron: el miedo a experimentar dolor en el parto, a que algo inesperado pudiera acontecer al bebé, o que les suceda a ambos algo perjudicial para la salud.

Se puede evidenciar cierto miedo a la soledad: *“a que me quede sola”, “me da miedo que mi novio me deje como ya lo ha hecho quinientas veces”, “Cuando mi novio me amenazó que si le dejaba, también dejaría a mi hijo, que nos abandonaría a los dos”, “a sentirme que no pueda ya ser yo misma”, “a que esté sin el apoyo de mi madre porque con mi padre ya no cuento”, “quedarme sin apoyo y que tuviera que buscarme la vida sin ayuda de nadie, ahora con la crisis me agobia mucho me dan miedo las contracciones y el quirófano”, “a que mi novio se enamore de otra y quedarme sola con el bebé”, “a que me quede sola sin dinero y no lo pueda mantener”*. Estas adolescentes que experimentan miedo a sentirse solas reflejan una escasa confianza en sus capacidades personales para afrontar el embarazo y se sienten inseguras respecto a las personas que conviven con ellas, y presentan además, miedo a ser traicionadas o ignoradas. Las gestantes tienen que aprender progresivamente a ser más autónomas.

En esta línea, además del miedo a la soledad, inferimos cierto miedo a que a les pueda suceder algo a su futuro hijo: *“perder a mi bebé”, “el miedo más intenso es a que le pase algo, a mí no tengo miedo de que me pase nada”, “a no saber si va a tener enfermedades en el cerebro o en otra parte”, “mi miedo más fuerte es el pensar que el bebé pueda salir con una enfermedad”*. Estos miedos descritos son los más frecuentes y se presentan en gestantes de todas las edades.

Uno de los miedos más frecuentes es el miedo al parto: *“al parto”, “a que pase un dolor que no pueda calmarme”, “a que me pase algo grave, que pierda mucha sangre, que me duela muchísimo”, “a perder el bebé cuando esté de parto”, “a que la niña tenga cualquier problema”, “a que el parto no sea como espero”, “miedo a que todo no termine como me han preparado, a que mis padres me den de lado como me pasa siempre y me quede sola con la niña, me da miedo no poder mantenerla y me da miedo no ser la buena madre que quiero ser”, “mi miedo más intenso es no poder ser la misma de siempre y que el parto no sea fácil”, “que tenga problemas en el parto, con el bebé”, “miedo a no saber,*

o a que el niño salga mal” , “el parto y las contracciones” (14 años). A menudo este miedo subyace al desconocimiento de información sobre el tema o puede tener origen en el miedo intrínseco y normal que las mujeres suelen experimentar cuando se aproxima el momento del nacimiento de su bebé. Si bien, es útil conocer si este miedo procede de la imagen transmitida por una persona significativa.

El miedo más intenso para otra parte de la muestra, es el que hace referencia al miedo a crecer, a madurar antes de tiempo y a dejar cosas en el camino que ellas estiman que no podrán disfrutar: *“miedo a que no pueda ser joven después y me pierda cosas que sí viven mis amigas”*.

¿Te sientes triste cuando algo sucede inesperadamente?

¿Tensa y nerviosa?

Una parte de las gestantes de la muestra niega experimentar tristeza cuando algo sucede inesperadamente. Sin embargo, otra parte de la muestra declara que ello depende de lo que esté aconteciendo y de su estado anímico en ese momento.

Las gestantes que afirman sentirse tensas y nerviosas cuando algo sucede inesperadamente manifiestan: *“sí porque me gusta que las cosas estén controladas, como mi mis cosas, mis amigos, y si no me pongo muy nerviosa sí”, “sí” “sí, cuando sucedió el embarazo me puse tensa y nerviosa porque era lo menos me podía pensar que me pasase a mí”, “sí luego se me pasa cuando pienso en lo que será cuando la tenga en brazos”, “sí como todo el mundo”, “sí aunque ya cada vez con los palos vas aprendiendo a remontarlo y te haces de piedra”, “sí porque me gusta saber lo que va a pasar”, “sí, casi por instinto”, “sí cuando pienso en que le pueda pasar algo al bebe el corazón me estalla”, “sí, si hay algo que no estaba en mis planes me pongo nerviosa y no me aguanta ni mi chico”, “si siento que todo va muy mal cuando me entran las paranoias de que no voy a poder ser madre, pero mi madre me va ayudar mucho a diferencia de mi padre”, “cuando supe que sería madre, me sentí tensa y nerviosa y también histérica y todo exagerado”, “mucho” (14 años). Experimentar agitación, temblores, miedos y/o tensión ante el embarazo es común, más aún en las adolescentes de corta edad; si bien, su excesiva manifestación o la imposibilidad de realizar actividades cotidianas, supondría un problema mayor y no tan común como el que se describe.*

Simultáneamente podemos encontrar gestantes que experimentan tensión o nervios diferentes: *“si no es bueno, me pongo triste”, “no me gustan las cosas que no se planean, pero no me siento siempre tensa y nerviosa, me siento bien, estar embarazada no es tan malo como lo critican...”*.

El conocimiento de estas causas que conducen a las adolescentes a alcanzar mayor índice de tensión, nos ayuda a saber cómo reducirla y que ésta no implique consecuencias desfavorables en el bebé.

¿Te has sentido incapaz de controlar las cosas más importantes de la vida?

¿Por qué?

Algunas gestantes de la muestra se han sentido capaces de controlar las cosas más importantes de sus vidas, se ven por tanto, capaces de afrontar las dificultades que se les presentan: “no”, “las más importantes no, pero lo del embarazo sí sentí que no podía controlar”, “no”, “a veces lo conseguí pero otras no”, “no, creo que soy capaz de controlar y no dejo que las cosas que no son importantes me afecten”, “no, mi padre tenía problema con el alcohol y eso era difícil controlar, mi abuelo tuvo cáncer y tampoco se controlaba. Las cosas más importantes son difíciles de controlar”, “no creo me siento capaz”, “sí voy controlando las cosas”, “sí no lo sé siempre me ocurre”, “no sé porque creo que algunas sí y otras no, depende de lo que era importante en ese momento. Hay veces que porque no controlas una cosa eso es importante para ti”. A menudo esta competencia puede tener origen, como afirman Whitehead (2009) y Jutte et al. (2010), en el gran número de adolescentes que afrontan una gestación siendo hijas de madres adolescentes, como es en nuestro caso. Para las hijas, el ser madres en un futuro próximo no constituiría tanto un estigma; es probable además, como indicaron Creatsas et al. (2009) que la hija se sienta más segura y con mayor competencia en su embarazo, en comparación a otras adolescentes embarazadas de su edad.

En la muestra, sin embargo, también identificamos adolescentes que sí se sienten incapaces de afrontar las dificultades que surgen en el día a día de su gestación: “sí”, “sí porque muchas veces en casa he tenido problemas que no he podido controlar y mi padre pasa olímpicamente de mí”, “sí porque hay gente que tiene la vida más fácil que yo”, “sí, porque esto me ha pasado y ya no lo he controlado pero creo que en un futuro controlaré mejor”, “sí muchas veces”, “a veces sí pero en la vida es difícil controlarlo todo”, “sí he podido controlar las cosas pero hay cosas en la vida que no puedes pararas y no puedes agobiarte por eso”, “sí porque ser muy floja, no sé”, “sí, por ejemplo no puedo evitar que mi madre lo pasara mal con la separación cuando mi padre se fue con otra, tampoco el embarazo ya lo he podido controlar y volver para atrás en el tiempo...”, “sí siempre me ha pasado”, “sí porque siempre las cosas más duras son las que no he podido hacer nada”, “sí muchas veces porque todo era rápido”, “sí, menos lo del bebe”, “sí porque a lo mejor no era lo bastante madura para ello”, “no que más o que menos puedas hacer nada con los problemas que me van apareciendo”, “sí porque era una sensación rara”, “las más importantes creo que las controlo pero no controlé no quedarme embarazada”, “no, siempre lo había tenido todo bajo control”, “porque soy una inútil” (14 años). En ocasiones, las creencias que poseen sobre el embarazo o maternidad no son

exhibidas, no suelen verbalizar cómo se sienten, lo que les preocupa y ello les genera cierta inseguridad.

¿Has experimentado que no podías con todas las cosas que debieras? ¿Puedes controlar tu irritación? ¿Te sientes harta de todo?

El contexto sociocultural de la adolescente, y específicamente la ayuda que la familia pueda proporcionar durante el embarazo, así como la forma en la que la familia fomenta la adquisición de la responsabilidad de ser madre, son dignos de recibir la atención que precisan (Szigethy y Ruíz, 2001; Rosengard et al., 2006; Álvarez et al., 2012) pues jugarán un papel importante en el optimismo de las adolescentes.

Las gestantes han experimentado alguna vez que no podían con las cosas que tenían que lidiar, si bien, son adolescentes optimistas: *“sí, pero de todo no me canso porque mi hermana me apoya y tengo a otras personas que hacen que me sienta normal”, “más o menos sí aunque si me hacen daño pues me irrito como cualquier persona”, “es mi madre la que me ayuda porque vive conmigo y hace que esté bien”, “no es que no tengo problema”, “si muchas veces, pero puedo controlar mi irritación cuando es algo que no me duele mucho, si me toca mucho sí”, “sí cuando estoy harta de todo mis padres están conmigo y mi pareja”, “puedo controlar mi irritación cambiando de tema o salgo y tomo el aire, he aprendido a ser capaz de solucionar las cosas yo y mis problemas”, “si pero eso creo que le pasa a todo el mundo”. En esta línea, Langer (1983) exponía que “en la medida que progresa la gestante, una puede llegar a aceptar su responsabilidad por lo que se hace a sí misma” (p.48).*

Por otra parte, otras gestantes de la muestra sostienen que no pueden afrontar todas las cosas que debieran: *“sí lo he experimentado y a veces no controlo mi irritación”, “sí muchas veces, “a veces no controlo mi genio y mi novio aguanta, pero es porque a veces me superan las cosas”, “cuando no me entienden lo que quiero decir como mi padre empeñado con los estudios”, “si muy harta de que no se pongan en mi situación para todo el mundo esto es fácil y todo lo llevarían mejor que yo”, “sí, demasiado a menudo estoy derrumbada” ,“unas veces sí puedo y otras veces es imposible”, “muchos días me canso de que me critiquen mis vecinas y cuñadas sin conocerme solo por estar embarazada, te juzgan como si fueras una fresca”, “no” “cuando algo no es normal o la gente no hace lo que tendría que hacer”, “sí he podido controlar las cosas que debía y mi rabia, y gracias a la niña que hace que sea más responsable y más calmada”, “sí muchas veces no podía con ellas pero sí puedo controlar la irritación”.*

Algunas adolescentes con embarazos no planificados experimentan no poder afrontar la adversidad y la responsabilidad ante el nuevo ser, exhibiendo una actitud de pasividad y resignación ante un futuro incierto. En esos casos, los futuros abuelos o personas de su entorno se perciben fundamentales.

En otros casos, podemos inferir lo complicado que será para la gestante poder controlar la irritación: *"Estoy sumamente harta de todo desde el primer mes pero es culpa mía y lo tengo que soportar", "todos los días"* (14 años).

Anexo III

CUESTIONARIO AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Armengol et al. 2007)

Las siguientes afirmaciones están realizadas con la intención de que te muestres tal y como eres. Lee detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoge la respuesta que mejor describa tus sentimientos, tu manera de actuar, de ver las cosas. En la columna de la derecha, escribe A, B, C, D, correspondiente teniendo en cuenta que: **A = Mucho** **B = Con frecuencia** **C = A veces** **D = Nunca**

| | |
|---|--|
| 1. El momento en el que me he quedado embarazada es en general un buen momento | |
| 2. Las molestias del embarazo puedo hacerlas frente sin problemas | |
| 3. Mi pareja y yo hablamos con frecuencia del bebé que esperamos(si no tienes pareja deja esta casilla blanco) | |
| 4. Cuando estoy muy nerviosa y alterada mi pareja me apoya (si no tienes pareja deja esta casilla blanco) | |
| 5. Confío en el parto se producirá sin problemas y con normalidad | |
| 6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero | |
| 7. Me preocupa que el bebé pueda tener alguna enfermedad o problemas físicos o mentales | |
| 8. Soy pesimista, me pongo en lo peor cuando me duele algo | |
| 9. Mi madre está contenta con mi embarazo | |
| 10. Mi madre me da buenos consejos | |
| 11. A pareja le gusta hablar conmigo sobre el embarazo(si no tienes pareja déjala sin contestar) | |
| 12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto | |
| 13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones | |
| 14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas | |
| 15. Como pareja nos comunicamos muy bien entre nosotros (los problemas, dificultades) | |
| 16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener | |
| 17. Mi madre ya espera a su nieto | |
| 18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y eso le afecte al bebé | |
| 19. Mi marido o novio me ayuda en casa cuando lo necesito (si no tienes pareja deja esta casilla blanco) | |
| 20. Puedo contar con el soporte de mi marido o novio durante el parto (puedes dejarla en blanco) | |
| 21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto | |
| 22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo | |
| 23. Estoy preparada para el parto | |
| 24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto | |
| 25. Me angustian las posibles complicaciones del parto | |
| 26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto | |
| 27. En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos de acuerdo (dejarla en blanco) | |
| 28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma | |
| 29. Me siento bien informada sobre el parto | |
| 30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto | |
| 31. Me cuesta aceptar este embarazo | |
| 32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera | |
| 33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil | |
| 34. Ojalá no estuviera embarazada | |
| 35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto | |
| 36. Mi madre critica mis decisiones | |
| 37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto | |
| 38. Puedo contar con mi marido o novio para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido (en blanco) | |
| 39. Ya siento afecto por el bebé | |
| 40. Creo que puedo ser una buena madre | |
| 41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé | |
| 42. Estoy feliz con este embarazo | |

Anexo IV

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DEL MATRIMONIO DE SUS PADRES Y AFECTO RECIBIDO EN LA INFANCIA (VALLEJO, 1998)

Las siguientes afirmaciones están realizadas con la intención de que valores el matrimonio de sus padres y el afecto recibido por ellos en tu infancia. Lee detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoge la respuesta que mejor describa tu manera de ver las cosas. En la columna de la derecha, escribe A, B, C, D o E.

Escribe A, B, C, D, E correspondiente teniendo en cuenta que:

A = Sí, muy a menudo B = Sí, a menudo C = A veces D = Raramente E= Nunca

| | |
|---|--|
| ÍTEM 1: ¿Discutían de forma exagerada tus padres? | |
| ÍTEM 2: ¿Confiaba uno en el otro? | |
| ÍTEM 3: ¿Tus padres pasaban mucho tiempo juntos? | |
| ÍTEM 4: ¿Recuerdas manifestaciones de cariño (se decían que se querían se besaban)? | |
| ÍTEM 5: ¿Cómo calificarías el matrimonio de tus padres? | |
| ÍTEM 6: Podía confiar fácilmente en ellos | |
| ÍTEM 7: Me pegaban aunque no lo mereciera | |
| ÍTEM 8: Me prestaban muy poca atención | |
| ÍTEM 9: Decían cosas agradables de mi | |
| ÍTEM 10 Disfrutaban teniéndome cerca de ellos | |
| ÍTEM 11 Eran excesivamente protectores conmigo | |
| ÍTEM 12 Me veían como una carga | |
| ÍTEM 13 Hacían que me sintiera querida y deseada | |
| ÍTEM 14 Hacían que me sintiera que lo que yo hacía eran cosas importantes | |
| ÍTEM 15. Hacían que me avergonzara de mi misma cuando hacía algo mal | |

Anexo V

CUESTIONARIO RASGOS EMOCIONALES DE PERSONALIDAD (VALLEJO, 1998)

Las siguientes afirmaciones están realizadas con la intención de que valores aspectos de tu personalidad. Lee detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y en función de cómo te sientes y cómo te ves, escoge la respuesta que mejor te describa y se acerque a tu forma de ser y sentir. **En la columna de la derecha puedes contestar: cierto, a medias o falso.**

| | | | |
|---|--|--|--|
| A menudo me siento tensa y nerviosa | | | |
| Raramente siento temores o ansiedades | | | |
| Por regla general, me asusto por cualquier cosa | | | |
| A menudo temo cosas que podrían ser malas | | | |
| Algunas veces se me ocurren ideas espantosas | | | |
| Rara vez tengo temores por el futuro | | | |
| Soy menos temerosa que mucha gente | | | |
| Algunas veces me siento completamente inútil | | | |
| Algunas veces me siento muy culpable | | | |
| Suelo culparme por las cosas negativas que me ocurren | | | |
| Soy muy impulsiva | | | |
| Raras veces me siento sola o deprimida | | | |
| Cuando las cosas me salen mal, me desanimo con frecuencia | | | |
| Raras veces me pongo triste | | | |
| Soy una persona sin cambios de carácter | | | |
| A menudo me enfado por cómo me trata la gente | | | |
| No soy una persona desconfiada | | | |
| Por lo general, soy violenta y destemplada | | | |
| Suelo conseguir las cosas " por la tremenda" | | | |
| Prefiero llegar a un acuerdo que enfrentarme abiertamente con la gente | | | |
| Me entiendo bien con la gente con la que trabajo | | | |
| Hay personas a las que realmente odio | | | |
| Nunca he saltado de alegría | | | |
| Algunas veces he sentido una inmensa alegría | | | |
| Hay momentos, en los que cuando me siento avergonzada, me gustaría "esconderme" | | | |
| No me considero una persona especialmente cariñosa | | | |
| Soy una persona muy idealista | | | |
| Raras veces empleo la palabra "fantástico" o " sensacional" | | | |
| Suelo reír con facilidad | | | |
| Realmente caigo mejor a la gente de lo que yo creo | | | |
| No disfruto mucho hablando con la gente | | | |
| Puedo conversar fácilmente con personas con las que acabo de conocer | | | |
| Establezco una intensa relación afectiva con mi amigos | | | |
| Me entrego en cuerpo y alma a las personas con las que trabajo o se relaciona conmigo | | | |
| Siento que he decepcionado a las personas que confiaban en mí | | | |
| Creo realmente que la vida no merece la pena | | | |
| Me suelen aparecer ideas malas en la cabeza | | | |
| Últimamente he perdido el interés por las cosas que me ilusionaban | | | |
| Tengo dificultad para concentrarme en lo que hago | | | |
| A veces creo que voy a "estallar" | | | |
| Tengo sueños tan malos que me levanto agotada | | | |
| No me considero especialmente cariñosa | | | |

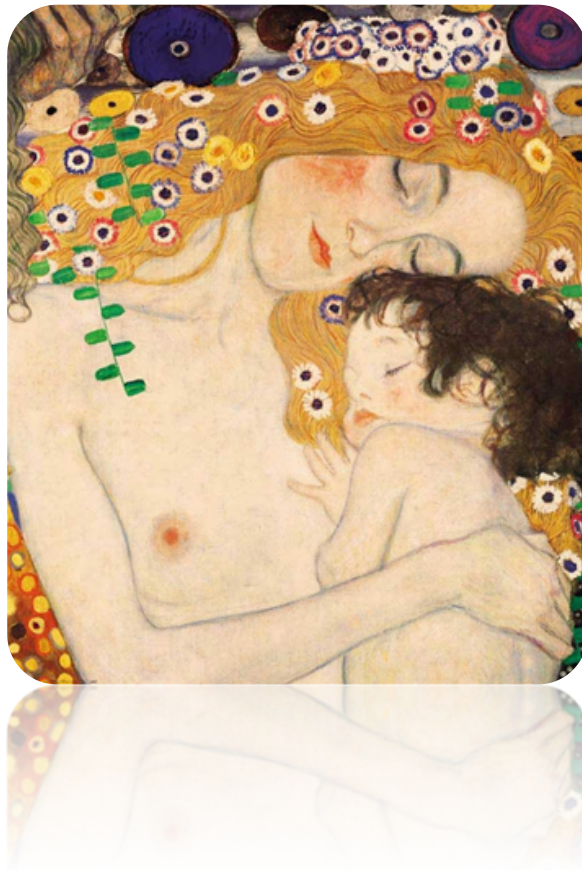
Anexo VI

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA GESTACIÓN
ADOLESCENTE:**

“IDENTIFICACIÓN CON EL ROL MATERNO”

**PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL EN LA
GESTACIÓN
ADOLESCENTE**

**“IDENTIFICACIÓN CON
EL ROL MATERNO”**



ÍNDICE

| | |
|---|---------|
| INTRODUCCIÓN | Pág. |
| . 4 | |
| RESUMEN..... | Pág. 5 |
| OBJETIVOS GENERALES | Pág. 5 |
| JUSTIFICACIÓN..... | Pág. 6 |
| 1. DATOS BÁSICOS DEL PROGRAMA | Pág. 7 |
| ¿CÓMO SURGE LA IDEA? | Pág. 7 |
| ¿EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA?..... | Pág. 7 |
| INTEGRANTES..... | Pág. 8 |
| SOSTENIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN..... | Pág. 8 |
| 2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA | Pág. 8 |
| CONTEXTO DE DESARROLLO | Pág. 8 |
| PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES..... | Pág. 9 |
| RESPONSABLES Y TAREAS..... | Pág. 9 |
| ¿QUÉ OFRECEMOS? | Pág. 11 |
| VENTAJA COMPETITIVA..... | Pág. 11 |
| COLABORADORES..... | Pág. 12 |
| ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN..... | Pág. 12 |
| 3. PLAN DE RECURSOS | Pág. 12 |
| RECURSOS MATERIALES..... | Pág. 12 |
| 4. DISEÑO DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA | Pág. 13 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | Pág. 13 |
| CONTENIDOS..... | Pág. 14 |

METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS.....Pág. 23
EVALUACIÓN.....Pág. 23

5. PUESTA MARCHA.....Pág. 25 **EN**

TEMPORALIZACIÓN.....Pág. 25

TAREAS A REALIZAR PARA LA APERTURA.....Pág. 25

6. BIBLIOGRAFÍA.....Pág. 26

ANEXO ACCIÓN.....Pág. 27 **PLAN DE**



DISEÑO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA GESTACIÓN ADOLESCENTE “IDENTIFICACIÓN CON EL ROL MATERNO”

INTRODUCCIÓN

El diseño de este “Programa de intervención psicosocial en la gestación adolescente: Identificación con el rol materno” surge a raíz de la elaboración de la Tesis Doctoral: *“Adaptación psicosocial al proceso gestacional en la adolescencia. Un programa de intervención”*. El programa que a continuación se presenta, está diseñado para ser efectuado con adolescentes gestantes, se trata de un programa que propone como reto fundamental: *“anticipar la identificación de la adolescente con el rol materno antes del nacimiento de su bebé, preparándola así, para una maternidad positiva, responsable y regulada”*. Es un programa totalmente abierto y flexible, no está estrictamente definido, dado que las gestantes destinatarias van a ser las que manifiesten y orienten hacia dónde queremos dirigirnos y por qué, en función de sus propias necesidades.

La gestación en la adolescencia constituye un fenómeno que merece especial atención y en él se subraya cierta vulnerabilidad que puede manifestarse desde un punto de vista psicosocial. Son múltiples los factores que pueden mediar en esa gestación “vulnerable”, y por tanto, son numerosas las cuestiones que pueden acometerse desde un plano psicosocial. En este programa, no sólo la “individualidad” de la gestante será objeto de estudio e intervención, sino al mismo tiempo, el contexto social de apoyo en el que ésta se implique, pues este contexto va a condicionar su vida maternal. En este sentido, la repercusión del programa, también se extenderá indirectamente al contexto de la gestante a través de reuniones de formación en grupo. En estas reuniones las gestantes podrán ir comprendiendo la importancia de mantener relaciones afectivas óptimas familiares o sociales para el desarrollo del bebé que esperan. De este modo, las adolescentes aprenderán a identificar y reconocer que tal vez, precisan apoyo y/o formación, y que pueden ejercer una maternidad óptima si aprenden y “comprenden” el mejor modo de hacerlo.

Con nuestro programa proponemos ofrecer una atención psicosocial complementaria al apoyo obstétrico que reciben de tipo sanitario. De esa forma, autores como Cohen, Lises, Williams, Brunson, y Batstone (2011) consideran que podremos lograr maximizar el bienestar y desarrollo de la gestante.

Abordamos pues, una intervención que podemos estructurar en dos ejes “individualidad de la gestante”, y “grupo de adolescentes gestantes”. Esto requiere que actuemos desde la prevención y la intervención, pues interviniendo con ellas directamente, también contribuiremos a que interactúen positivamente en el grupo. A ese grupo de embarazadas proporcionaremos facilidades que les permitan identificar las potencialidades y debilidades personales. Siendo

siempre “*ellas*”, las protagonistas verdaderas a la hora de responder de forma óptima a sus necesidades.

Resumen

Este programa pretende lograr que las gestantes adolescentes extremeñas, especialmente las menores de edad, encuentren en el programa un lugar de encuentro donde poder compartir experiencias con “*sus iguales*” y recibir apoyo y acompañamiento en su preparación para la maternidad. Las razones que subyacen a las dificultades que pueden presentar y que dan sentido a nuestra intervención, son de carácter social, económico y cultural. En Extremadura es imprescindible una intervención psicosocial de tal especificidad y, además, en este sector concreto de población será vital la repercusión social del mismo, pues no sólo se va a reflejar positivamente y exclusivamente en las gestantes, sino también en los núcleos familiares y sociales en los que éstas se inserten, e indirectamente también, en la sociedad extremeña y en sus generaciones venideras.

Objetivos generales

Los objetivos de dicho programa se exponen a continuación en función del plazo de tiempo en el que se espera que se alcancen óptimos resultados.

Objetivos a largo plazo:

- Lograr disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes extremeñas mediante la difusión de información relativa a “*embarazos no deseados*” y a “*educación sexual adolescente*”, así como a través de la difusión del programa y sus objetivos en redes sociales.
- Mejorar la formación en materia de maternidad de las futuras madres adolescentes extremeñas que participen en el programa.
- Mejorar la calidad de vida de las futuras madres participantes.

Objetivos a medio plazo:

1. Favorecer la adaptación a la maternidad de las adolescentes que participen en el programa, mediante la puesta en práctica de hábitos de salud positivos, necesarios y efectivos.
2. Promover educación sexual entre adolescentes extremeños con el objetivo de prevenir embarazos no deseados (a través de institutos, centros de ocio, centros juveniles...).

Objetivo a corto plazo:

1. Organizar grupos interactivos entre las gestantes extremeñas asistentes al programa, donde puedan ir anticipando el rol materno e ir compartiendo experiencias y consejos de forma orientada por los profesionales responsables del mismo.

Justificación

Este programa diseñado se podría incluir dentro un proyecto más general, que podría enfocarse desde una actuación dirigida a la mujer. Denise Foley y Eileen Nechas fueron mujeres que en los años 90, dedicaron su tiempo y esfuerzo a recopilar información sobre problemas y dificultades que impregnaban la vida de gestantes de diferentes edades. Planteamos pues, al igual que estas autoras en sus publicaciones, la necesidad de ofrecer una visión optimista sobre la adaptación a la maternidad, ya que somos conscientes de que no se atisba como un camino sencillo.

Envuelto en una gran controversia, acometer teóricamente este tema, constituye al mismo tiempo, un verdadero reto, no es desdeñable, partir de un hecho “*optimista*” como es que un entorno deficitario no tiene por qué desembocar en una maternidad deficitaria.

Este programa puede ser incluido dentro de un proyecto más general, donde no sólo la gestante sea objeto de intervención durante su embarazo, sino también ella misma durante el comienzo de su maternidad. Este programa, si bien, está dirigido específicamente a gestantes, y su finalidad es que éstas descubran por sí mismas la importancia de mantener relaciones afectivas óptimas familiares o sociales para su propio futuro, pero también para el desarrollo óptimo del bebé que espera.

En los últimos años, hemos sido testigos de las transformaciones que están aconteciendo en nuestra sociedad y dentro de las estructuras familiares, las cuales van generando nuevas necesidades y planteando nuevos retos. La mujer va adoptando cada vez mayores roles, imponiéndose en los diferentes ámbitos y desencadenando simultáneamente, nuevas relaciones con el contexto social.

A menudo, esa identificación con el rol materno es la que más contribuye a que las gestantes puedan adaptarse a su maternidad. Hemos considerado en este programa partir de una “*debilidad*” pero también de una “*fortaleza*”, para poder así, acompañar a la gestante psicológicamente y socialmente durante el periodo prenatal.

Nuestra intención es proporcionar una atención adaptada a su etapa adolescente, a su lenguaje, a su interés y a sus motivaciones.

1. DATOS BÁSICOS DEL PROGRAMA

¿Cómo surge la idea?

La idea de diseñar este tipo de programa surgió a raíz del proceso de elaboración de la Tesis Doctoral: “*Adaptación psicosocial al proceso gestacional en la adolescencia. Un programa de intervención*”. A través de su marco empírico, se da a conocer la realidad de algunas adolescentes españolas y su necesidad de encontrar motivaciones que les posibiliten alcanzar una maternidad más responsable y por qué no, un futuro más próspero.

¿En qué consiste el programa?

El programa presenta un carácter marcadamente social, se trata de “*ganar*” habilidades y competencias personales para que estas adolescentes puedan proporcionar una educación más óptima y responsable a sus hijos. Estos objetivos pueden lograrse mediante reuniones grupales, en las cuales las gestantes podrán ir anticipando el rol materno durante su embarazo.

Con este programa planteamos los siguientes retos:

- Facilitar el **afrentamiento con éxito de las dificultades** propias de su embarazo mediante terapias de grupo o “grupos interactivos” con el fin de poner en práctica hábitos óptimos de salud psicosocial que podrán repercutir **en una correcta identificación con el rol materno y en el desarrollo positivo del bebé que esperan.**
- Promover una **maternidad regulada a través de la educación sexual**, evitando nuevos embarazos no deseados y promoviendo una maternidad responsable.

La gestación adolescente constituye un proceso que implica a la adolescente y al entorno; como afirmaban Dana y Marion (1983), toda gestación no es un acontecimiento aislado o independiente de la voluntad de la mujer, sino “*una empresa que hemos de dirigir*” (Dana y Marion, 1983; p.21).

En asociaciones, fundaciones sin ánimo de lucro y otros sistemas de referencia social, los futuros padres adolescentes pueden hallar un punto de apoyo. Si bien, aún se necesita un seguimiento de carácter psicosocial más profundo y específico para este perfil de gestantes. Es un tema que a menudo, genera cierta complejidad pero enorme interés, dado que una intervención a tiempo con la futura madre va a repercutir en el óptimo desarrollo del futuro niño que espera.

Tampoco obviamos el hecho de que “de cada diez embarazos, uno puede ser complicado” (Dana y Marion, 1983). Es a menudo, como apuntan las autoras, la propia lucha psicológica de la mujer la que impide a una gestante modificar el rumbo desfavorable de su embarazo.

Integrantes

En este programa se ha identificado como imprescindible la intervención de profesionales del ámbito de la educación, la psicología y la cultura. En forma de equipo, estos profesionales son los que mejor pueden poner en práctica este diseño, pues juntos y aunando formación y potencialidades, es como mejor se puede promover y alcanzar una maternidad responsable.

Sostenibilidad de la intervención

Es un programa que aborda la innovación social. Innovación social que atiende a la persona como sujeto individual, y en su relación con el contexto grupal (con su grupo de iguales).

Deseamos una innovación social sostenible, ya que nuestro programa no precisa instalaciones de grandes dimensiones, ni tampoco excesivas comodidades, sino más bien, una sede que pueda acoger a grupos de no más de treinta personas donde se favorezca un clima afectivo óptimo. Asimismo, no exige elevados recursos económicos, sino la labor de profesionales comprometidos con el tema.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA

Contexto de desarrollo donde va a ser implementado: ¿Por qué Extremadura?

Extremadura, es entre otras regiones, una comunidad autónoma con uno de los mayores índices de madres adolescentes. El Periódico Hoy de Extremadura a fecha de 19 de octubre de 2011 puntualizaba: *“Las Comunidades Autónomas con un menor índice de desarrollo económico y educativo -Andalucía, Extremadura y Murcia- tienen una mayor tasa de madres adolescentes”*. La maternidad adolescente extremeña puede conducir a *“un abandono precoz de la educación y una incorporación más tardía e inestable al mundo laboral, especialmente en las Comunidades Autónomas menos desarrolladas”* tal y como afirma Margarita Delgado, investigadora del CSIC.

En esta misma línea, el Periódico de Extremadura bajo el titular: *“Las adolescentes extremeñas tienen un 40% más de riesgo de embarazo”* a fecha de 20 de octubre de 2011, advierte nuevamente que *“las adolescentes extremeñas tienen un 40% más de riesgo que las vascas o navarras de quedarse embarazadas precozmente.”* Tal y como recoge el artículo, ser madre en la adolescencia va a repercutir en la vida de estas adolescentes, algunos de los hándicaps más claros que se identifican son: *“el acortamiento de la trayectoria educativa de los jóvenes y la falta de oportunidades profesionales”, “...y es que en Extremadura, las madres precoces tienen más dificultades para estudiar y trabajar”*.

Planificación de necesidades

La adolescencia conforma una etapa trascendental en la formación de la personalidad (Fajardo, 2003). Desde el punto de vista psicológico, las adolescentes podrán con este programa expresar y comunicar cómo son estos cambios, así como experimentar y expresar las diferentes vivencias que para ellas serán novedosas. Pues la adolescente, sea gestante o no, *“está sometida a formas más complejas de exigencia social que van a determinar a su vez, el transcurso de su mundo psicológico en función de la autorregulación de su comportamiento.”* (Caballero y Méndez, 2005, p.62).

Como es fácil reconocer, la adaptación de la adolescente a su maternidad va a suponer una profunda reflexión respecto a la vulnerabilidad propia de esta etapa y de sus necesidades. Esta vulnerabilidad se explica dada la multitud de matices existentes entre las demandas de la sociedad y la manifestación de las necesidades que ellas mismas expresan y que coexisten en momentos determinados de su embarazo.

Estudios recientes cualitativos y cuantitativos identifican la presencia de estereotipos y prejuicios. Dichos estereotipos conformarán también la vulnerabilidad a la que estará expuesta

la adolescente que va a ser madre y supondrá para nosotros un nuevo aliciente para implementar actuaciones en esa línea.

En nuestro plan de actuación necesitamos partir de estas dificultades y necesidades para dar sentido a nuestra propuesta, pero al mismo tiempo, contamos con unas potencialidades y posibilidades: motivaciones, deseos, ilusiones acontecidas en la gestación (Casanueva, 2013).

Responsables y tareas

A continuación se reflejan los perfiles de los posibles responsables que podrían implicarse en el programa.

Las habilidades con las que ha de contar la persona que va a “*responsabilizarse*” del grupo de gestantes, son numerosas. Este líder o responsable de “*sustentar*” el grupo, no sólo ha de desempeñar unas tareas determinadas, sino también debe contar con unas habilidades y características peculiares.

Tabla 1. Responsables y tareas del programa

| Intervendrán en el programa | Tareas |
|--|--|
| Psicopedagogo/a con experiencia en el tema de gestación adolescente | <ol style="list-style-type: none"> 1. Favorecer dinámicas de grupo para facilitar el diálogo y las relaciones entre las adolescentes asistentes. 2. Proporcionar formación en materia de maternidad y gestación. 3. Poner en marcha los grupos interactivos o terapias de grupo con gestantes. 4. Identificar debilidades y potencialidades en el proceso. 5. Gestionar potencialidades, así como necesidades de mejora. |
| Gestor/a cultural con experiencia en educación | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar los cursos de formación en el caso de que se puedan impartir por voluntarios formadores. 2. Gestionar que se produce un óptimo contacto de culturas dado que las madres pueden pertenecer a etnias diferentes. 3. Gestionar posibles conflictos entre las madres que puedan derivarse de los grupos interactivos. 4. Recoger información de cada uno de los miembros implicados, solucionar dificultades y obstáculos que pudieran surgir. |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Responsables y tareas del programa.

| Intervendrán en el programa | Tareas |
|---|---|
| Psicólogo/a clínico/a | Proporcionar atención psicológica clínica a gestantes que lo precisen, participando en los grupos interactivos. |
| Voluntarios con formación y experiencia en el tema, que deseen por cuenta propia aportar formación o poner en práctica actividades puntuales (asistentes sociales, pedagogos, maestros...) | Acudir a reuniones o actos como ponentes o formar a las adolescentes en un ámbito específico. Poner en práctica actividades que favorezcan la adaptación a la maternidad. |

Fuente: Elaboración propia

En este programa proponemos a Loscertales (2015), ya que coincidimos con este autor, en que los responsables que van a liderar los grupos, han de cumplir con unas características que a continuación van a ser especificar literalmente, tal y como Loscertales las propone:

- Líder no directivo, no debe ir a la cabeza del grupo, sino sustentando *“las actitudes y palabras del grupo hacia el objetivo”*.
- Líder congruente (*“así soy y así me ofrezco”*) aporta virtudes y defectos.
- Líder que acepta incondicionalmente a las gestantes (conociendo sus debilidades y fortalezas) logrando así la desinhibición y evitando el hipercontrol. Las gestantes deben abrirse, mostrarse cómo son y con naturalidad.
- Líder empático, pues hemos de poder posicionarnos en el otro comprendiéndolo, pero sabiendo dejar a un lado *“el escucharse a uno mismo”*, si se escucha uno a sí mismo continuamente como indica Loscertales, uno no podrá preocuparse plenamente por las gestantes.
- Un líder con *“calor humano”* que sepa además tener sentido del humor en las relaciones interpersonales, tener sentido del humor es reflejo y síntoma de buena salud mental.
- El líder no debe caer en un complejo de omnipotencia.
- Mantener una autoestima o autoconcepto realista que module adecuadamente las aspiraciones.

Este autor no especifica nada de gestantes en relación a estas características presentadas, las cuales se refieren a grupos en general, sin embargo nosotros nos hacemos eco de ellas porque nos sirven de base teórica a la hora de proponer qué tipo de líder se buscará en el grupo de gestantes.

¿Qué ofrecemos?

Este proyecto propone ofrecer un servicio social una vez por semana y de forma continuada para hacer frente a las necesidades individuales detectadas en el grupo que se constituya. El servicio que ofrecemos es:

- Poner en marcha un centro específico o sede que atienda a gestantes adolescentes, que pueden presentar dificultades en el afrontamiento de una gestación satisfactoria.
- Poner en funcionamiento reuniones y terapias a través de grupos interactivos donde las gestantes se sientan escuchadas y donde puedan anticipar el rol materno y adaptarse a una maternidad responsable, regulada y realista.

Este programa pretende ser pragmático en la forma de afrontar la adversidad a la que pueden estar expuestas las embarazadas. Nuestro objetivo es que las futuras madres a través de la formación se comprometan con su futuro. A través de actividades específicas para ellas podemos lograr que compartan expectativas, deseos, motivaciones...

Pi y Tresaco (2015) reflejan perfectamente lo que pretende ser el objetivo de este programa, donde las gestantes, al igual que cualquier otra persona, van a ir transitando por momentos difíciles tanto sociales, familiares, personales... En los procesos personales o grupales es fundamental a veces *“bajar a “esos infiernos” para “reencontrarnos con nuestros fantasmas y así volver de nuevo a poder emerger”* (Pi y Tresaco, 2015).

Ventaja competitiva

Nuestra principal ventaja competitiva consiste en que no hay ningún servicio público que centralice la atención en esta temática. Asimismo, el equipo que se prevé que participe en él debe ser ágil, flexible y formado específicamente en el tema, capaz de adaptarse a las transformaciones sociales. Un equipo capacitado para desplegar estrategias basadas en la cooperación, cohesión y trabajo en equipo, que opere por y para la diversidad, intentando eliminar las barreras que impidan la inclusión de las gestantes extremeñas en la sociedad.

La repercusión deseada que esperamos obtener es que las adolescentes que acudan al centro *“sean felices con su maternidad”*. Estas intervenciones ponen de relieve la necesidad de conocer las motivaciones y los deseos (deseos de comunicarse con sus iguales, deseos de ser madres, de poder llegar a cumplir sus propias expectativas respecto a la maternidad...) de estas adolescentes.

Colaboradores

El sistema sanitario extremeño, específicamente las matronas de Extremadura que así lo deseen, podrían recomendar nuestro programa a aquellas gestantes que se encuentren en una situación difícil desde un punto de vista psicológico y social. Fundaciones que prestan atención a la mujer como Red Madre y Provida, también pueden recomendar estos servicios.

Estrategias de comunicación

Es imprescindible emplear las nuevas tecnologías no sólo para contactar con gestantes, sino para mantener el contacto entre las asistentes una vez iniciadas las actividades. Para lograr este objetivo sería interesante tener un “community manager” que sea responsable de publicitar y ofrecer una correcta difusión de la información que pretendemos transmitir con el programa, y que además, promueva las relaciones entre todos los responsables

Este profesional de la comunicación se encargaría de diseñar y gestionar la información que se desea transmitir desde el equipo a las redes sociales y también trataría de buscar métodos más eficaces y atractivos para promover la participación activa de las adolescentes en el programa.

3. PLAN DE RECURSOS DEL PROGRAMA

Recursos materiales

Para el desarrollo de este programa es importante disponer de una sede. En esta sede se prevé que serán necesarios los siguientes materiales:

- Mobiliario adecuado: sillas cómodas para gestantes, así como mesas en las que puedan escribir determinados documentos como parte de las actividades del programa. Puede

resultar útil disponer de estanterías y pizarras donde se les proporcione información vinculada a la maternidad y hábitos de salud positivos.

- Decoración atractiva y adecuada a este tema y que además, genere un ambiente tranquilo y natural apto para expresar sentimientos, vivencias e ideas.
- Materiales de imprenta: folios, cartulinas, carpetas, bolígrafos y grapadora.
- Materiales tecnológicos: ordenador, impresora, altavoces, cartuchos de tinta, proyector y espacio para poder visualizar vídeos y presentaciones.

4. DISEÑO DE ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

Objetivos específicos

Entre nuestros objetivos generales del programa se encuentran: *“favorecer la adaptación de la adolescente a la gestación mediante la identificación con el rol materno, que se anticipará antes del nacimiento del hijo”*, así como *“prevenir nuevos embarazos no deseados mediante una educación sexual de prevención”*.

Para alcanzar estos objetivos se han diseñado bloques de contenidos con sus respectivas sesiones, planificando otros objetivos específicos como son los siguientes:

- *Abordar los miedos y sufrimientos de las gestantes*, pues como afirma Loscertales (2015), en las personas son dañinos y conducen a los miembros del grupo a *“evitar el esfuerzo privado de crecer.”*
- *Ofrecer formación sobre maternidad*, que favorezca que la gestante pueda ir identificándose con el rol materno.
- *Atender al “yo” de cada una de las participantes* como sigue apuntando Loscertales (2015). Es decir, atender a la fuerza del grupo, pero también a cada gestante desde el punto de vista individual.

Los objetivos que pretendemos alcanzar desde el punto de vista individual y grupal son:

Tabla 3. Objetivos individuales y grupales tomados de Loscertales (2015) para adaptarlos al programa.

| Intervención desde el punto de vista grupal | Intervención desde el punto de vista individual |
|---|---|
| Favorecer el apoyo en sus iguales, que ahora son adolescentes gestantes | Mejorar autoestima y autoconcepto (ajustado a la realidad) |
| Favorecer y estrechar lazos entre las asistentes | Conocer y regular nuestro nivel de aspiraciones |
| Contagiar el sentido del humor en las relaciones interpersonales | Fomentar el uso de espejos (personas de confianza que nos reflejen lo que nos pasa) |
| Aprender a cooperar en el trabajo | Favorecer un diálogo interior positivo con autocrítica |

| | |
|---|--|
| | equilibrada |
| No caer en la trampa del complejo de omnipotencia | Contribuir al mantenimiento psicoemocional y físico. |

Fuente: Adaptado y modificado a partir de Loscertales (2015). Salud emocional y estabilidad del yo. Implicaciones grupales. Pág. 41.

Contenidos

Nuestro plan de actuación se basa en poner en práctica diferentes contenidos de carácter psicosocial que tratarán de consolidar y potenciar la fortaleza de cada gestante, así como neutralizar y compensar las debilidades o vulnerabilidad asociadas a las dificultades en la identificación con el rol materno. Dada esta realidad, se vuelve más fuerte la necesidad, en nuestro plan de acción, de ahondar en la comprobación del grado de capacidad de autorregulación que poseen las adolescentes, pues esta autorregulación incidirá en su percepción para afrontar situaciones adversas y otros problemas de desadaptación.

A) Autorregulación/Adaptación a la maternidad

Nuestras adolescentes gestantes buscarán un equilibrio entre la vulnerabilidad y la fortaleza que disponen.

Nuestra actuación por un lado, se fundamenta en aportar claves para lograr definir qué es lo que verdaderamente hace vulnerable a una gestante, y por otro lado, ofrecer estrategias para convertir esa vulnerabilidad en fortaleza y facilitar su transición a una óptima adaptación a la maternidad. Weed y Nicholson (2014) apuntan que en ocasiones, son los propios sentimientos de debilidad los que constituyen la verdadera vulnerabilidad.

A continuación, se refleja la estructuración de los bloques de contenidos. El orden aún no está prefijado porque éste ha de ir en consonancia con las necesidades que manifiesten las gestantes y así poder priorizar unos frente a otros en función de sus intereses. Los bloques de contenidos están interrelacionados y no representan compartimentos estancos, simplemente han sido estructurados para facilitar su exposición, no obstante, hemos de ser flexibles en su orientación.

Se ha planificado el desarrollo del programa teniendo en cuenta que contamos con aproximadamente nueve meses durante los cuales se prolongará la gestación de las adolescentes. Se organizarán las reuniones en sesiones donde se efectuará una sesión por semana, de este modo, en total contaríamos con cuarenta sesiones a lo largo de los nueve meses. En lo que respecta a los contenidos a abordar, se han estructurado en cinco bloques, cada bloque con una duración determinada.

Cuando finalice el programa comenzará de nuevo y así sucesivamente, se realizarán diferentes incorporaciones y bajas a medida que éste se desarrolle. Se pueden flexibilizar también grupos en función del momento en el que se van incorporando al programa (dado que cada una de ellas se ha quedado embarazada en un momento determinado). La flexibilidad debe ser una premisa que posibilite incluso a la gestante continuar después del nacimiento del bebé si no lo ha finalizado en su totalidad.

Bloque 1: Conocimiento de sí mismas

- Duración prevista del bloque de contenidos: ocho sesiones
- Duración aproximada de cada sesión: hora y media

Estos contenidos propuestos se basan en Loscertales (2014).

Tabla 4. Contenidos a presentar en el programa recogidos de Loscertales.

| Contenidos | Contenidos |
|---------------------------|----------------------------------|
| Autoestima y autoconcepto | Espejos |
| Aspiraciones | Autocrítica equilibrada positiva |
| Deseos | Mantenimiento psicoemocional |
| Miedos personales | Sufrimiento y dolor personal |

Fuente: Loscertales 2015

Bloque 2: Conocimiento de las transformaciones propias de la adolescencia

- Duración prevista del bloque de contenidos: seis sesiones.
- Duración aproximada de cada sesión: hora y media.

Tabla 5. Contenidos a presentar en el programa.

| Contenidos |
|--|
| Cambios intensos reconocibles asociados a la adolescencia: sociales, psicológicos y físicos. |
| Cambios familiares: cómo actúa la familia, figuras de autoridad y clima afectivo. |
| Cambios en el círculo de amistad: quiénes son sus amigos, cómo es la relación con ellos y la calidad de la relación que mantienen. |
| Cambios en el entorno académico o laboral: cómo lo perciben, así como si son incluidas o excluidas. |

Fuente: Elaboración propia.

Bloque 3: Afrontamiento de cambios propios de la gestación y futura maternidad

- Duración prevista del bloque de contenidos: diez sesiones.
- Duración de cada sesión: hora y media.

Tabla 6. Contenidos a presentar en el programa.

| Contenidos |
|--------------------------------------|
| Cambio de planes y proyecto de vida. |

| |
|--|
| Gestante y adolescente: interacción de cambios. |
| Exteriorización de miedos relacionados con la gestación o maternidad: qué nos obstaculiza en el camino o cuál es el origen de los miedos o preocupaciones. |
| Cambios económicos: relativizar el papel del factor económico, cómo afrontar la maternidad con bajos recursos, facilidades, ayudas o subvenciones. |
| Debilidades y potencialidades en la gestación y maternidad: identificarlas y aprender a afrontarlas. |

Fuente: Elaboración propia.

Bloque 4: Identificación con el rol materno

- Duración prevista del bloque de contenidos: once sesiones
- Duración de cada sesión: hora y media

Tabla 7. Contenidos a presentar en el programa recogidos de Loscertales.

| Contenidos |
|--|
| Nuevas relaciones con el bebé: motivaciones, movimientos fetales y contacto madre-hijo. |
| Salud del bebé: qué podemos hacer para favorecer la salud del bebé antes de su nacimiento. |
| Conflicto de sentimientos: dificultades en la relación con la pareja, familia o amigos en el afrontamiento del embarazo. |
| Deseos: planes de futuro, aspiraciones, qué espera del bebé, cómo será, si será buena madre... |
| Ilusiones y motivaciones: qué le ilusiona cuando piensa en el bebé, qué le ha motivado a seguir adelante... |
| Acto bien hecho: por qué han hecho bien, qué han hecho bien, qué puede cambiar... |
| Nuevo reto próximo: planificar objetivos y retos semanales para ir alcanzándolos. |
| Nuevos planes de futuro: proponer retos lejanos en el tiempo. |

Fuente: Elaboración propia.

Bloque 5: Prevención de nuevos embarazos no planificados: Educación Sexual

- Duración prevista del bloque de contenidos: cuatro sesiones
- Duración de cada sesión: hora y media

Tabla 8. Contenidos a presentar en el programa

| Contenidos |
|--|
| Educación Sexual. Prevención y anticoncepción: diferentes métodos. |

Fuente: Elaboración propia.

B) Síntesis del desarrollo de sesiones

Las sesiones individuales serán flexibles y se realizarán entre las gestantes y los profesionales que intervienen en el programa.

Tabla 9. Sesiones de trabajo.

| Sesiones de trabajo con psicopedagogo y/o psicólogo, sesiones de seguimiento | Tipo de sesión | Contenido de la Sesión | Tiempo estimado |
|--|-----------------------|--|---|
| | Sesión de contacto | Entrevista con cada gestante. | 1 hora aproximadamente. |
| | Sesión informativa | Recogida de datos sobre la gestante y su situación familiar. Identificación de posibles factores de riesgo, debilidades y potencialidades. | Datos aportados por la gestante (20 minutos) pudiendo ser complementados por la familia (10 minutos) si así lo desea. |
| | Sesión de información | Comunicación de la propuesta de intervención. | Información sobre el desarrollo del programa (60 minutos) y su funcionamiento. |
| | Sesión de seguimiento | Seguimiento de la gestante. | A los 15 días aproximadamente de haber comenzado el programa, sesión de seguimiento entre el/la psicopedagogo/a, psicólogo/a y la gestante para valorar cómo es su primer progreso en el programa (30 minutos aproximadamente). |
| | Sesiones de control | Seguimiento de la gestante. | Por cada bloque de contenidos finalizado por la gestante se realizará una reunión de unos 20 minutos para valorar brevemente el avance y sus valoraciones pertinentes respecto al mismo. |

Fuente: Elaboración propia.

A continuación vamos a sintetizar cómo se estructuraría el primer bloque de contenidos relativo al “Conocimiento de sí mismas”.

Tabla 10. Sesiones de trabajo

| Sesiones de trabajo en el bloque de contenidos 1 Conocimiento de sí mismas | Nº de sesiones | Objetivo de la sesión | Contenido de la sesión | Tiempo por sesión | Aspectos o contenidos a tratar durante las sesiones |
|---|----------------|---|----------------------------|-------------------|--|
| | 1 sesión | Mejorar el conocimiento de una misma favoreciendo también un autoconcepto realista. | Autoestima y autoconcepto. | 1 hora y media. | Las gestantes a través de cuestionarios y actividades exhibirán en grupo: cómo son, cómo se ven, cómo se reflejan, aspectos positivos y negativos sobre ellas mismas... En esta sesión y basándonos en Loscertales (2015) trataremos de mejorar, mantener y conseguir una buena autoestima y un autoconcepto realista. |
| | 1 Sesión | Aprender a empatizar e identificar en los demás partes de uno mismo. | Espejos/ Empatía. | 1 hora y media. | En esta sesión se trabajará con las gestantes el conocimiento interpersonal, identificando similitudes y aspectos que pueden ser comunes a algunas de ellas. De ese modo, empatizarán con situaciones que se exhiban en grupo. En esta sesión el objetivo fundamental es que desarrollen la empatía y descubran que pueden conocerse a sí mismas comunicándose con las compañeras. |
| | 1 Sesión | Ser capaz de descubrir y exhibir las propias | Aspiraciones. | 1 hora y media. | Las gestantes expresarán cuáles son sus aspiraciones personales y las estrategias que pueden diseñar para alcanzarlas. En esta sesión |

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|--|-----------------|--|
| | | aspiraciones y aprender estrategias para alcanzarlas. | | | puede proponerse el planteamiento y la definición de unas metas generales vitales, de forma que aprendan a autorregular su comportamiento para poder alcanzarlas. |
| | 1 Sesión | Mejorar la capacidad de autorregular la crítica con uno mismo. | Autocrítica equilibrada positiva. | 1 hora y media. | Las gestantes mejorarán su capacidad para aceptar críticas a través de actividades específicas. En esta sesión ellas deberán desarrollar una autocrítica positiva sobre sí mismas que les permita conocerse más. |
| | 1 sesión | Conocer nuestros propios deseos vitales y su origen. | Deseos. | 1 hora y media. | Las gestantes en esta sesión conocerán sus propios deseos y los de sus compañeras, identificarán aspectos que son comunes. Se fomentará el desarrollo de la capacidad de autoanálisis de sus propias ilusiones y deseos para favorecer experiencias formativas y de aceptación. |
| | 1 sesión | Conocer la importancia de mantener buena salud psicológica y también física. Aprender a regular el estrés. | Mantenimiento psicoemocional y físico. Regulación de estrés. | 1 hora y media. | Las gestantes a través de actividades, identificarán hábitos que están poniendo en práctica y que suponen un riesgo para su salud psicológica, física o emocional. En esta sesión las gestantes aprenderán a regular situaciones estresantes de forma adecuada. |
| | 1 sesión | Conocer los miedos y proponer estrategias que puedan adoptar para superarlos. | Miedos personales. | 1 hora y media. | Las gestantes podrán identificar bajo situaciones simuladas y dramatizadas cuáles son sus principales miedos. Entre todas ellas deberán proponer estrategias adecuadas para poder afrontarlos. |
| | 1 sesión | Aprender a resistir y tolerar frustraciones. Evitar el sufrimiento. | Sufrimiento y dolor personal. | 1 hora y media. | Las gestantes desarrollarán estrategias que les permitan tolerar frustraciones mediante situaciones que serán expuestas y dramatizadas. Al mismo tiempo, aprenderán a superar el dolor evitando el sufrimiento, ya sea debido a una pérdida o abandono familiar que hayan podido experimentar. |
| Ejemplo de sesión | <p>Puede darse el caso de que en el desarrollo de las sesiones de este bloque o de cualquier otro, las gestantes experimenten cierto grado de estrés, que deben aprender a autorregular para poder alcanzar una desinhibición efectiva dentro del grupo. Asimismo, también pueden experimentar estrés en sus contextos familiares y sociales más próximos, por ello a continuación, se abordarán ejemplos de actividades que pueden contribuir a reducirlo.</p> <p>Se solicitará a la gestante que se describa viéndose en un futuro. Se trata de que la adolescente no sólo valore y evalúe sus expectativas y el concepto que tiene de sí misma, sino también de sus metas. Por ello, una vez realizada esta actividad, podríamos proponerles establecer metas a corto plazo y cumplirlas.</p> <p>Por último, otra actividad que puede realizarse es la del “cambio de hábitos”, con esta actividad intentaremos que planifiquen actividades accesibles, para que ellas encuentren nuevos y mejores hábitos y reciban nuevas experiencias de éxito aun sabiendo que, siempre estamos expuestos a situaciones no siempre satisfactorias.</p> | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se va a exponer cómo se llevaría a efecto el segundo bloque relativo al “Conocimiento de las transformaciones propias de la adolescencia”.

Tabla 11. Sesiones de trabajo

| | Nº de sesiones por contenido | Objetivo de la sesión | Contenido de la sesión | Tiempo | Aspectos a tratar durante la sesión |
|---|--|---|---|-----------------|---|
| Sesiones de trabajo en el bloque de contenidos 2: Conocimiento de las transformaciones propias de la adolescencia actual | 2 sesiones | Mejorar el conocimiento sobre los cambios propios de la adolescencia, identificarlos y aceptarlos. | Cambios intensos reconocibles de la adolescencia: sociales, psicológicos y físicos. | 1 hora y media. | Las gestantes a través de actividades propuestas podrán conocer los cambios que son propios de la adolescencia para que de ese modo, puedan dar sentido a muchos comportamientos, pensamientos o deseos que presentan. En estas sesiones trataremos de identificar cuáles han experimentado y cuáles son las causas que ellas atribuyen a esos comportamientos. |
| | 2 sesiones | Mejorar el conocimiento sobre los cambios que pueden darse en el núcleo familiar en el que vive una adolescente gestante | Cambios familiares | 1 hora y media | Las gestantes en estas sesiones conocerán cómo suelen actuar las familias cuando éstas conviven con un adolescente, qué cambios se producen, cómo responden, figuras de autoridad, clima afectivo que se genera en el entorno familiar... |
| | 1 sesión | Mejorar el conocimiento sobre los cambios que suele experimentar el círculo de amigos al llegar la adolescencia | Cambios en el círculo de amistad: | 1 hora y media | Las gestantes a través de actividades propuestas podrán conocer los cambios que se producen dentro de la pandilla o en el grupo de amigos y que son propios de la adolescencia. De ese modo, pueden dar sentido a conflictos que se hayan producido, ambivalencias, cuestionamiento sobre quiénes son sus amigos, cómo es su relación con ellos... Nuestro objetivo consiste en aprender a identificar qué importancia tienen esos cambios en sus vidas y en ese momento específico del embarazo. |
| | 1 sesión | Mejorar el conocimiento sobre los cambios que pueden acontecer en el entorno académico y laboral evitando el abandono o fracaso escolar | Cambios en el entorno académico o laboral | 1 hora y media | Las gestantes a través de actividades podrán conocer qué posibilidades ofrece el sistema educativo y el mundo laboral de acuerdo a su edad, experiencias y circunstancia. En esta sesión identificaremos los cambios que ha experimentado el entorno académico o laboral: cómo lo perciben, si son incluidas o excluidas... Se trata de promover e incentivar la continuidad académica evitando que abandonen los estudios. |
| Ejemplo de sesión | <p>Las estrategias de apoyo grupal dentro del programa, como por ejemplo, el respaldo de las compañeras ante situaciones adversas, constituyen importantes fuentes de apoyo. En este sentido, podemos poner en marcha entre otras actividades, algunas vinculadas al trabajo cooperativo con el fin de reforzar la unión grupal.</p> <p>Con el grupo podemos desplegar diferentes formas de abordar situaciones conflictivas características de la adolescencia, observando las consecuencias y la solución más idónea para ponerlas fin. En una de las sesiones se puede realizar un sililoquio donde la gestante junto a sus compañeras pueda desarrollar estrategias para abordar cambios que se puedan producir en el contexto social. El apoyo social de sus iguales en la etapa adolescente es fundamental, pues les ayudará a afrontar mejor la situación personal o las circunstancias que rodean su embarazo.</p> | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

A continuación vamos a sintetizar cómo se pondría en marcha el tercer bloque de contenidos relativo al “Afrontamiento de cambios propios de la gestación y futura maternidad”.

Tabla 12. Sesiones de trabajo

| | Nº de sesiones | Objetivo de la sesión | Contenidos | Tiempo | Aspectos a tratar durante la sesión |
|--|--|--|---|----------------|---|
| Sesiones de trabajo en el bloque de contenidos 3: Afrontamiento de cambios propios de la gestación y futura maternidad | 3 sesiones | Exteriorizar qué implica ser madre para cada una de ellas, así como definir cuál es su proyecto de vida de cara a la maternidad | Cambio de planes: nuevo proyecto de vida | 1 hora y media | Durante tres sesiones nuestro objetivo consistirá en que las gestantes sean conscientes de lo que significa ser madre y sus implicaciones para el desarrollo del nuevo ser. Las gestantes tratarán de identificar qué aspectos vitales pueden cambiar y cuáles no tienen por qué cambiar en sus vidas con la llegada de la maternidad. |
| | 2 sesiones | Conocer qué ocurre cuando una gestación se produce en la adolescencia. | Adolescencia y gestación: interacción de cambios | 1 hora y media | En estas sesiones trataremos de dar a conocer cuáles son los cambios que interactuarán específicamente en una gestación adolescente. Se trata de identificar qué cambios físicos y psicológicos son los más frecuentes y cómo pueden afrontarse. En la percepción de estos cambios es importante que la gestante desarrolle un sentimiento de competencia para abordar satisfactoriamente cualquier tipo de dificultad. |
| | 3 sesiones | Reconocer los miedos que pueden hacer aparición en la gestación, o con la proximidad del parto y maternidad, identificar su origen y cómo afrontarlos. | Exteriorización y afrontamiento de miedos en la gestación, parto y maternidad | 1 hora y media | En estas tres sesiones profundizaremos en las preocupaciones y miedos que se producen en torno a la gestación, el parto y la maternidad. Simultáneamente en las sesiones se abordará qué les obstaculiza en el camino, cuál es el origen del miedo en la gestación, recursos para poder afrontarlo... |
| | 1 sesión | Identificar qué papel puede jugar el factor económico en ser o no buenas madres, conocer recursos, materiales o ayudas | Cambios económicos | 1 hora y media | En esta sesión trataremos de relativizar en la medida de lo posible el papel que el factor económico puede condicionar en una maternidad. Durante esta sesión informaremos sobre fundaciones, subvenciones, ayudas y recursos a disposición de estas gestantes. |
| | 1 sesión | Identificar debilidades y potencialidades: cómo afrontarlas y reconocerlas | Debilidades y potencialidades en la gestación | 1 hora y media | En esta sesión trataremos de identificar debilidades y potencialidades, e intentaremos conocer cómo valoran el matrimonio de sus padres en la infancia y cómo fueron tratadas por ellos. Las gestantes pueden cuestionarse si su infancia ha condicionado en parte su forma de asumir o no la gestación. |
| Ejemplo de sesión | <p>Nuestro objetivo consistirá en que cada gestante alcance a comprender y percibir adecuadamente el apoyo parental y de pareja que presenta para la superación de dificultades propias de la gestación. Podemos invitar a un miembro de la familia o a la pareja, (en función de la persona que la gestante decida) y entre ambos deberán reducir el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes que se pudieran escenificar. La figura familiar deberá ayudar a la gestante a amortiguar el efecto.</p> <p>Estas visitas al programa por parte de los padres o parejas deben servir como punto de encuentro para evitar la descalificación, y por tanto tienen la pretensión de engrandecer o minimizar determinadas situaciones.</p> | | | | |

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, vamos a sintetizar cómo se desarrollaría el cuarto bloque de contenidos relativo a la “Identificación con el rol materno”.

Tabla 13. Sesiones de trabajo

| | Nº de sesiones | Objetivo de la sesión | Contenidos | Tiempo | Aspectos a tratar durante la sesión |
|---|----------------|---|--|----------------|--|
| Sesiones de trabajo en el bloque de contenidos 4: Identificación con el rol materno | 1 Sesión | Conocer la importancia de la estimulación prenatal e identificar los beneficios que reporta una comunicación madre e hijo en el embarazo. | Relación con el bebé | 1 hora y media | En esta sesión, las gestantes podrán compartir con sus compañeras los primeros movimientos fetales, contactos madre-hijo y se pondrán en común los beneficios que reportan este tipo de relaciones. |
| | 2 sesiones | Conocer cómo podemos mejorar y cuidar nuestra salud identificando su repercusión en el bebé que están gestando. | Salud del bebé | 1 hora y media | En estas dos sesiones compartiremos hábitos de salud positivos para favorecer la salud del bebé antes de su nacimiento, identificando los hábitos perjudiciales para poder evitarlos. |
| | 1 Sesión | Identificar conflictos y dificultades vinculados a la identificación con el rol materno que acontecen en la gestación y adquirir habilidades y estrategias para abordarlos adecuadamente. | Conflicto de sentimientos | 1 hora y media | La escucha activa, así como la identificación de dificultades en el seno de la pareja, familia o amigos en el afrontamiento del embarazo, se abordarán en esta sesión. Es necesario haber creado un clima afectivo positivo y de confianza mutua para favorecer la desinhibición. |
| | 2 Sesiones | Expresar los deseos y planes de futuro que mantienen con respecto a su maternidad. Identificar cómo poder alcanzarlos. | Deseos: planes de futuro respecto a la identificación con el rol materno | 1 hora y media | Es fundamental que las gestantes puedan durante estas dos sesiones ser capaces de expresar deseos y planes de futuro, qué esperan del bebé, cómo será, si serán buenas madres... Estas expectativas pueden facilitar a las gestantes cambiar aspectos de su vida cotidiana que no les aporten optimismo o satisfacción. |
| | 1 Sesión | Exhibir, disfrutar y valorar las ilusiones y motivaciones relacionadas con en el rol materno | Ilusiones y motivaciones | 1 hora y media | En esta sesión, trataremos de que las gestantes puedan disfrutar de aquello que más les ilusione cuando piensan en el bebé, qué les ha motivado a seguir adelante...Las motivaciones de unas y otras pueden ser compartidas. |
| | 2 Sesiones | Valorar los actos en los que ellas son protagonistas y relacionarlos directamente con una adecuada identificación con el rol materno | Acto bien hecho | 1 hora y media | Durante estas dos sesiones nuestro objetivo será que puedan ser capaces de valorar los actos que protagonicen (qué hemos hecho bien, qué hemos hecho mal y el por qué). Reflexionando y expresando lo que cada uno sabe y puede hacer bien, así como aprendiendo a ser más "competentes". Esto puede posibilitar que otra persona descubra que también lo ha hecho bien, identificándose en el otro. |
| | 1 Sesión | Definir retos próximos en el tiempo con respecto a la maternidad y comprometerse en el logro de los mismos | Nuevo y próximo reto | 1 hora y media | En esta sesión cada gestante de manera individual definirá los retos que desea marcarse y alcanzar antes del nacimiento de su bebé. Deben ser retos realistas pero no excesivamente fáciles de alcanzar. |
| | 1 Sesión | Definir retos más lejanos con respecto a la maternidad y comprometerse en el logro de los mismos. | Nuevos planes de futuro: retos lejanos en el tiempo | 1 hora y media | En esta sesión cada gestante de manera individual definirá los retos que desea marcarse alcanzar después del nacimiento del bebé. Deben ser retos realistas y atractivos. |

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se va a reflejar cómo se desarrollaría el quinto bloque de contenidos relativo a "Prevención de nuevos embarazos no deseados: Educación Sexual".

Tabla 14. Sesiones de trabajo

| | Nº de sesiones por contenidos | Objetivos | Contenido | Tiempo | Aspectos a tratar durante la sesión |
|--|-------------------------------|--|---|----------------|--|
| Sesiones de trabajo en el bloque de contenidos 5: Prevención de nuevos embarazos no deseados | 4 Sesiones | Recibir información y formación sobre la sexualidad en la adolescencia: prevención de prácticas de riesgo para la salud. | Educación Sexual: prevención y anticoncepción: diferentes métodos | 1 hora y media | En esta sesión podemos abordar el tema de la anticoncepción para prevenir embarazos no deseados, así como realizar una charla coloquio sobre cómo se vive la sexualidad en la adolescencia. Se puede tratar el tema de la sexualidad relacionándolo con otros temas como las drogas, la familia o la sociedad. Realizar dinámicas de grupo para crear clima de distensión. |
| | 2 sesiones | Conocer las implicaciones que conlleva no ejercer una sexualidad no responsable | Maternidad responsable y regulada | 1 hora y media | En estas dos sesiones las gestantes podrán conocer la importancia de ejercer una maternidad responsable y regulada. Conocerán las implicaciones y consecuencias que conlleva tener un hijo cuando las condiciones económicas, sociales y personales no sean las más idóneas. |

Fuente: Elaboración propia.

Metodología, estrategias de intervención

Los responsables profesionales del programa deben trabajar juntos de forma cooperativa, implicándose cada uno específicamente más en aquellas tareas que tiene asignadas como propias.

Los espacios que se emplearán para el desarrollo del programa deberán adaptarse pues, a la necesaria demanda existente. Los grupos necesitan al menos un espacio adaptado que facilite la creación de terapias de grupo, así como el ambiente debe ser cálido y óptimo para poner en marcha las actividades.

Se llevarán a efecto terapias de grupo entre las adolescentes, esto no significa directamente trabajar de forma clínica y dirigida por un único profesional, sino trabajar de forma cooperativa teniendo en cuenta los diferentes requisitos para poder beneficiarnos de las potencialidades de cada uno.

Las estrategias de asesoramiento a desarrollar por los profesionales ante adolescentes tan heterogéneas, deben basarse principalmente, en habilidades que garanticen una comunicación eficaz colaborativa y de cohesión, como por ejemplo, la escucha activa.

Hemos de poner en marcha la reflexión y el razonamiento a cualquier tarea que se proponga. Consideramos que en función de cómo se gestionen esas estrategias conseguiremos en mayor o menor grado que tanto las adolescentes como el resto de profesionales involucrados se sientan competentes y que las futuras madres consigan mejorar su adaptación a la maternidad. Para evitar posibles obstáculos durante el desarrollo de las actividades intentaremos lograr una gestión eficaz de la participación de todos los integrantes del grupo a través de la cohesión grupal.

Evaluación

La evaluación será cualitativa valorando si estamos o no logrando la identificación con el rol materno que favorezca la adaptación de la gestante a su maternidad. Este proceso de valoración será continuo a lo largo del seguimiento regular de las adolescentes que acuden en las reuniones establecidas por los responsables de la intervención. Se realizarán cuestionarios para valorar cada uno de los objetivos propuestos.

En cada bloque se valorará la satisfacción de las adolescentes con el servicio que se les proporcione, su opinión personal, los cambios que han percibido... En este proceso de recabado de información se recogerán propuestas de mejora.

Los resultados aportados por los profesionales serán evaluados de forma continua en reuniones semanales. Los resultados del proyecto se publicarán ofreciendo un informe detallado de la distinta formación y actuación aportada por los agentes intervinientes.

Tabla 15. Evaluación del programa

| EVALUACIÓN INICIAL |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Se efectuará una evaluación inicial que contemplará la exploración de las experiencias, intereses y vivencias de las gestantes. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Es preciso en esta primera evaluación, entrevistar a las adolescentes individualmente a nivel personal, empatizando con su situación e identificando las primeras necesidades urgentes que puedan estar aconteciendo. |
| EVALUACIÓN CONTINUA |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se realizarán valoraciones orales en grupo e individualmente, en cada sesión se expresará verbalmente las mejoras que se han producido a lo largo de la semana gracias al programa. |
| OBJETO DE EVALUACIÓN |
| <p>Hemos de identificar si se han logrado los objetivos previamente planificados, tomando conciencia de los diferentes aspectos que han mejorado o han de mejorarse.</p> |

Podemos establecer unas líneas objeto de evaluación final:

- ✚ Motivación hacia la maternidad: si se sienten o no motivadas.
- ✚ Identificación de necesidades, debilidades y potencialidades: si conocen lo que necesitan, sus debilidades y potencialidades.
- ✚ Implicaciones y consecuencias de la maternidad: si cada una de ellas es consciente o no de lo que implica y significa ser una madre responsable.
- ✚ Mejora de la autoestima, iniciativa personal: si las gestantes pueden valerse por sí mismas o si se quieren a sí mismas.

Entre los factores que hemos de considerar en la evaluación del programa identificamos:

- ✚ El grado de implicación de todos los responsables. El equipo ha de trabajar eficazmente, especialmente, el responsable principal.
- ✚ Evitar en la medida de lo posible coacciones por parte de la familia de la gestante participante. Puede ser que las familias de las gestantes que acudan al programa impidan o limiten la participación de las adolescentes por interés propio.

EVALUACIÓN FINAL

Resultados finales: previsión de aspectos positivos, negativos y propuesta de mejora.

En el tiempo disponible para efectuar el programa hemos de ser eficaces sabiendo rentabilizar todos y cada uno de los aspectos del programa. Optimizar el tiempo es fundamental para aprender de experiencias positivas y de errores.

Aspectos positivos a valorar:

- Si se han alcanzado los objetivos vinculados a la identificación con el rol materno.
- Si se ha reflejado en cada una de ellas una buena acogida de las actividades, así como la resolución de problemas y su tratamiento motivador.
- Si se ha despertado el potencial de aprendizaje necesario para desarrollar estrategias que les permitan afrontar determinados problemas abordados.
- Si las gestantes están motivadas con el tema (interés, actitud y desinhibición en la expresión de sus sentimientos).
- Si relativizan sus puntos de vista, evitando el egocentrismo adolescente.
- Si han mejorado su formación sobre maternidad responsable.

Duración y periodicidad de las sesiones

La duración de las sesiones será de aproximadamente una hora y media semanal y se extenderán durante los nueve meses en los que se prolongará la gestación (aproximadamente 45 sesiones en total). Si bien, esto solo ha sido un punto de partida, se podrán desarrollar también programas complementarios, como puede ser el programa de prevención de fracaso escolar o el de orientación vocacional que podrá enriquecer a este primero y ayudar a las gestantes a no abandonar sus estudios y poder encauzar su futuro profesional.

5. PUESTA EN MARCHA

Previsión de apertura

Temporalización

Aún no podemos disponer de gestantes que puedan formar parte del programa, ni de la fecha en la que se pronostica que dé comienzo. El programa se podrá prolongar durante el primer año de nacimiento del bebé, además de los nueve meses de gestación. La asistencia sería regular, una vez por semana.

Tareas a realizar antes de la apertura

Las tareas a realizar antes de que dé comienzo la apertura e inicio del programa:

- Contabilizar el número de gestantes que se prevé que va a disfrutar del servicio de atención psicosocial.
- Acordar y contratar a los profesionales necesarios (solicitar subvenciones).
- Coordinar y gestionar el número de voluntarios que van a estar implicados en el proyecto, redefinir funciones y fijar competencias de cada uno de los miembros.
- Realizar reuniones previas para coordinar y planificar actuaciones y su temporalización.
- Diseñar el proyecto específico a poner en marcha partiendo del perfil concreto de las adolescentes participantes.
- Acondicionar la sede que se destinará a las actividades planificadas.
- Preparar el material que se precisa para poner en marcha el proyecto.
- Hacer publicidad y difusión a través de internet en blogs, páginas web y redes sociales, así como en servicios públicos.

6. Referencias bibliográficas

- Álvarez Nieto, C., Pastor Moreno, G., Linares Abad, M., Serrano Martos, J., & Rodríguez Olalla, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 497-503.
- Armengol, A., Chamarro, A. C., & García-Dié, M. (2007). Aspectos psicosociales en la gestación: el cuestionario de evaluación prenatal. *Anales de Psicología*, 23(1), 25-32.
- Calesso, M. (2007). *Vínculo afectivo y estrés en la maternidad adolescente: un estudio con metodología combinada* (Tesis de doctorado). Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5459/mcm1de1.pdf?sequence=1> A fecha de 12 abril de 2015.
- Casanueva Carmona, N. (2013) *Gestación adolescente: La importancia del apoyo social en la aceptación de un proceso gestacional* (Proyecto de investigación) Universidad de Extremadura, Badajoz.
- Casanueva, N. y Fajardo, M^a. I (2013). Embarazo adolescente y desarrollo psicosocial: Un cuestionario de evaluación prenatal. *INFAD: International Journal of developmental and Educational Psychology*, 1 (1), 535-548.

- Chase, E., Maxwell, C., Knight, A., & Aggleton, P. (2006). Pregnancy and parenthood among young people in and leaving care: What are the influencing factors, and what makes a difference in providing support? *Journal of Adolescence*, 29(3), 437-451.
- Colomer Revuelta, J. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269.
- Cordón-Colchón, J. (2008). Mitos y creencias sexuales de una población adolescente de Almendralejo. *Matronas Profesión*, 9(3), 6-12.
- Dana, J. y Marion, S. (1983) *La guía del embarazo. Nueve meses en la vida de la pareja*. Madrid: Daimon
- Denise Foley y Eileen Nechas (1993) *Enciclopedia de la salud para la mujer*. Madrid: Pirámide.
- Fajardo, M^a. I., Casanueva, N., Bermejo, M^a. L. (2010). Aportaciones de las redes sociales a las adolescentes embarazadas. *INFAD: International Journal of developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 381-393.
- Fernández Mateos, L. M., & Sánchez Cabaco, A. (2005). Embarazo: Influencia de factores personales. *Familia: Revista De Ciencias y Orientación Familiar*, (31), 51-71.
- García Zabaleta, E (2004) *Conductas desadaptativas de los adolescentes en Navarra: El papel de la familia y la escuela* (Tesis doctoral) Universidad Pública Navarra. Recuperada
- Loscertales, F. (2015) Salud emocional y estabilidad del yo. Implicaciones grupales. *Sociedad española de psicoterapia y técnicas de grupo*, (33), 31-42.
- Pi, M^a T. y Tresaco, C. (2015) Fluir en los momentos críticos. La divina comedia. *Sociedad española de psicoterapia y técnicas de grupo*, (33), 164-165.
- Vallejo, R. (1998) *Aspectos psicológicos del embarazo y su interrupción en la adolescencia: una investigación empírica* (Tesis doctoral) Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperada de:
<http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/566/aspectos-psicologicos-del-embarazo-y-su-in/> A fecha de 12 abril de 2015.
- Weed, K., & Nicholson, J. S. (2014). Differential social evaluation of pregnant teens, teen mothers and teen fathers by university students. *International Journal of Adolescence and Youth*, (ahead-of-print), 20 (1), 1-16.

Anexos del programa

Guion de sesiones

4 MINUTOS: Bienvenida.

6 MINUTOS: Breve introducción al tema que se va a tratar

50 MINUTOS: Desarrollo de reunión (tema)

30 MINUTOS: Puesta en común de conclusiones, cierre de la sesión



Plan Estratégico

"El grupo es el instrumento fundamental, vivencial, de espacio de práctica clínica y espacio teórico" "Se trata de facilitar el aprendizaje mediante la experiencia emocional".

(Arias, de Miguel, Ayerra y Pérez, 2015).

Es fundamental que se recojan por escrito las modificaciones que pudieran surgir y que se elija un responsable encargado de comunicar las dificultades y fortalezas que van surgiendo en el desarrollo del programa para que quede todo reflejado por escrito.

Actividad a rellenar por la gestante

Adaptación a la maternidad

| | | | | |
|-----------------|---------------------|----------------------|-----------------|-------------------|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Alta adaptación | Bastante Adaptación | Adaptación aceptable | Baja Adaptación | No me he adaptado |
| | | | | |

Tema/as que consideras que te gustaría profundizar más específicamente

Identificación con el rol materno

Identificar qué supone la adaptación a la maternidad.

Objetivos para mejorar la adaptación a la maternidad

| Objetivos | Dificultad | | | | |
|-----------|------------|---|---|---|---|
| | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Qué problema crees que necesitas solucionar primero?

Plan de Acción

Escribe aquello que se haya planteado en las sesiones y el resultado obtenido

| Actuaciones planificadas en las sesiones | Desarrollo de habilidades y competencias que se ponen en marcha en cada actuación | Fecha de la sesión | Resultados obtenidos |
|--|---|--------------------|----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Seguimiento del Plan

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Fecha de Seguimiento | | | |
| Resultados | | | |

SEGUIMIENTO GESTANTE

Nombre: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Mes: _____

Nivel de estudios: _____

HABILIDADES Y COMPETENCIAS DESARROLLADAS

| 1º mes | 2º mes | 3º mes | 4º mes | 5º mes | 6º mes |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

7º mes

8º mes

9º mes

