

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

**FACTORES PSICOSOCIALES PARA LA DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES CON INTENTO DE ABORTO QUE
ASISTEN AL CENTRO DE AYUDA PARA LA MUJER**

Tesis de grado presentada para la obtención del Grado de Licenciatura

POR: Virginia Rodríguez Quispe

TUTOR: Lic. Leonardo Oscar Peñaranda Adriazola

LA PAZ – BOLIVIA

Septiembre, 2021

DEDICATORIA

A mis queridos padres, María Quispe y Eusebio Rodríguez, porque creyeron en mí, dándome su amor, cariño, apoyo en momentos más difíciles.

A mis hermanos, Julio Rodríguez, Rene Rodríguez, Eulalia Rodríguez, por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme salud, paciencia e inteligencia y haber permitido llegar hasta aquí.

A la Universidad Mayor de San Andrés de Bolivia por darme la oportunidad de concluir mis estudios.

Al Mg. Leonardo Oscar Peñaranda Adriozola, por dirigir la Tesis de Grado.

Agradezco al Tribunal de Revisión de Tesis de Grado, Mg. Sc. Silvia Requena Gonzales.

Agradezco al Tribunal Lector, Lic. Roció Peredo, Dr. Rodolfo López Hartman.

RESUMEN

La adolescencia se ha caracterizado por ser una etapa de grandes cambios, tanto físicos, psicológicos, cognitivos entre otros; estos cambios mantienen a los adolescentes durante estas etapas de desarrollo como una población que se enfrenta a múltiples y diversas situaciones de riesgo. Uno de los riesgos a los que se enfrentan las adolescentes en esta etapa es el inicio de su vida sexual sin la educación adecuada para iniciarla. Con ello devienen consecuencias como el contagio de ITS (Infección de Transmisión Sexual), y los embarazos inesperados, no deseados o no planificados. Ya esta situación se ha convertido en un problema de salud pública por las graves consecuencias tanto a nivel personal, como para el desarrollo social en general.

La situación de un embarazo genera muchas emociones, y ligado al cambio propio del desarrollo que vive la situación se complica. Muchas de las adolescentes optan por el aborto inducido, de forma clandestina poniendo en riesgo su vida y la de la vida formándose en su cuerpo. Las altas tasas de abortos en Bolivia y muertes a causa de ella son alarmantes; la falta de acceso a educación sexual no es el único problema, lo es la escasa atención a las necesidades de las adolescentes que ya se encuentran embarazadas. Por otro lado una situación sumamente grave que en muchos casos puede surgir es la depresión, que puede presentarse al transcurrir el embarazo o posterior a él. Entender que factores pueden influir más para que se presente un cuadro depresivo en adolescentes embarazadas. Si bien el Centro de Ayuda para la Mujer, busca que las adolescentes lleven su embarazo a término, además de apoyar con orientación psicológica, medica entre otros, esta no es suficiente para dar respuesta a la problemática.

La presente investigación busco describir desde un enfoque cualitativo, la posible presencia de depresión, a partir de la identificación de factores psicosociales de mayor influencia que puedan generar la depresión en esta población estudiada. Obteniendo resultados de gran aporte analítico para fomentar la generación de programas, proyectos, o herramientas destinados en pro del bienestar de las y los adolescentes y la culminación de su desarrollo.

Palabras clave: Adolescencia, depresión, aborto, factores psicosociales.

Summary

Adolescence has been characterized by being a stage of great changes, both physical, psychological, cognitive among others; These changes keep adolescents during these stages of development as a population that faces multiple and diverse situations of risk. One of the risks that adolescents face at this stage is starting their sexual life without the proper education to start it. With this there are consequences such as the spread of STIs (Sexually Transmitted Infection), and unexpected, unwanted or unplanned pregnancies. This situation has already become a public health problem due to the serious consequences both on a personal level and for social development in general.

The situation of a pregnancy generates many emotions, and linked to the change of development that the situation is experiencing is complicated. Many of the adolescents opt for induced abortion, clandestinely risking their life and that of the life forming in their body. The high rates of abortions in Bolivia and deaths from it are alarming; The lack of access to sex education is not the only problem, it is the scant attention to the needs of adolescents who are already pregnant. On the other hand, a very serious situation that in many cases can arise is depression, which can occur during or after pregnancy. Understand what factors can most influence a depressive picture in pregnant adolescents. Although the Help Center for Women, seeks that adolescents carry their pregnancy to term, in addition to providing psychological, medical guidance, among others, this is not enough to respond to the problem.

The present research seeks to describe from a qualitative approach, the possible presence of depression, based on the identification of psychosocial factors of greater influence that can generate depression in this population studied. Obtaining results of great analytical contribution to promote the generation of programs, projects, or tools intended for the welfare of adolescents and the culmination of their development.

Key words: Adolescence, depression, abortion, psychosocial factors.

**FACTORES PSICOSOCIALES PARA LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON
INTENTO DE ABORTO QUE ASISTEN AL CENTRO DE AYUDA PARA LA MUJER**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I	12
PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	12
A. Área Problemática.....	12
B. Problema de Investigación.....	15
1.1. Pregunta Central.....	15
1.1.1. Preguntas Complementarias	15
C. Objetivos.....	15
1.1. Objetivo General	15
1.1.1. Objetivos Específicos	15
D. Justificación	16
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO	18
1. La Adolescencia.....	18
1.1. Adolescencia Temprana.....	18
1.2. Adolescencia Tardía.....	21
2. Factores Psicosociales.....	23
2.1. Factores Familiares	23
2.1.1. Relación de los padres y conflictos maritales	24
2.1.2. Violencia Familiar.....	24
2.1.3. Interacción padres e hijos	26
2.1.4. Pautas Educativas Inadecuadas	29
2.1.5. Relaciones de Pareja.....	29
2.2. Factores Ambientales / Contextuales	30
2.2.1. La pobreza como factor económico de vulnerabilidad.....	30
2.2.2. Grupo de pares.....	31
2.2.3. Educación Sexual.....	32
2.3. Factor Individuales	35
3. Depresión.....	36
3.1. Factores de Vulnerabilidad de la Depresión	37
3.2. Síntomas.....	37

3.3.	Depresión en el Adolescente	38
3.3.1.	Depresión en adolescentes embarazadas.....	40
3.3.2.	Causas y consecuencias de la Depresión Post Parto en Adolescentes	40
4.	Embarazo adolescente.....	42
4.1.	Causas y consecuencias del Embarazo Adolescente	42
4.2.	Embarazo Adolescente en Latinoamérica.....	43
4.2.1.	Embarazo Adolescente en Bolivia	44
4.3.	Embarazo y Covid-19.....	45
5.	El Aborto	47
5.1.	Clasificación del aborto	47
5.2.	Consecuencias del aborto.....	48
5.2.1.	El síndrome post-aborto	50
5.3.	Datos en Bolivia	51
5.3.1.	El Aborto Inseguro en Bolivia	52
5.3.2.	Situación psico-socio-legal del aborto en Bolivia	53
6.	Centro de Ayuda para la Mujer	54
	CAPÍTULO III.....	56
	MARCO METODOLÓGICO	56
1.	Enfoque	56
1.1.	Tipo de Estudio	56
1.2.	Diseño de la Investigación	56
2.	Población	57
2.1.	Muestra	57
2.2.	Sujetos	58
3.	Identificación de Categorías	58
3.1.	Conceptualización de Categorías	58
3.1.1.	Categoría 1.....	58
3.1.2.	Categoría 2.....	58
3.2.	Categorización	59
3.3.	Instrumentos	60
3.3.1.	Historias de Vida	60
3.3.2.	Entrevistas Semi- Estructuradas	62
4.	Procedimiento.....	63
4.2.	Estrategia de Investigación	64
	CAPITULO IV	67

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	67
A. Descripción sociodemográfica de la muestra poblacional	68
B. Descripción de los factores psicosociales de mayor presencia en las adolescentes embarazadas. 72	
C. Identificación de las percepciones sobre el aborto.....	86
D. Describir la presencia de depresión.....	88
E. Identificación de los factores psicosociales de mayor influencia para la depresión.....	96
CAPITULO V	104
Conclusiones y Recomendaciones	104
Bibliografía	110
ANEXOS.....	116

Índice de Cuadros, Gráficos y Tablas

Cuadro N° 1: Características en la Adolescencia Media	20
Cuadro N° 2: Características de la Adolescencia Tardía.....	22
Cuadro N° 3: Las esferas afectadas en la depresión	39
Cuadro N° 4: Operacionalización de Variables – Categoría 1	59
Cuadro N° 5: Operacionalización de variables – Categoría 2	60
Cuadro N° 6: Sesiones llevadas a cabo con las adolescentes	63
Cuadro N° 7: Datos sociodemográficos extraídos del instrumento – Historia de vida	68
Gráfico N° 1: Saturación de Datos.....	65
Gráfico N° 2: Edad de la muestra poblacional	68
Gráfico N° 3: Nivel de Educación de las adolescentes	69
Gráfico N° 4: Meses de embarazo que llevan las adolescentes al momento de la aplicación de los instrumentos.	70
Gráfico N° 5: Ocupación Actual	71
Gráfico N° 6: Principal proyección a futuro	72
Gráfico N° 7: Factores Psicosociales más frecuentes	85
Gráfico N° 8: Percepción y conocimiento de aborto.....	87
Gráfico N° 9: Sintomatología depresiva en la esfera física.....	93
Gráfico N° 10: Sintomatología depresiva en la esfera emocional.....	94
Gráfico N° 11 Sintomatología depresiva en la esfera cognitiva.....	94
Gráfico N° 12: Sintomatología más frecuente presentada en la población estudiada.....	95
Gráfico N° 13: Resumen de factores psicosociales más presentes en las adolescentes	96
Gráfico N° 14: Resumen de los indicadores de depresión en las tres esferas	97
Gráfico N° 15: Relación de los Factores Familiares con los Indicadores de Depresión	98
Gráfico N° 16: Relación de los Factores Ambientales / Contextuales con los Indicadores de Depresión	99
Gráfico N° 17: Relación de los Factores Individuales con los Indicadores de Depresión	101
Gráfico N° 18: Resumen de la relación de los factores psicosociales y los indicadores de la depresión	102
Tabla N° 1: Sujeto N°1	73
Tabla N° 2: Sujeto N°2.....	75
Tabla N° 3: Sujeto N°3.....	77
Tabla N° 4: Sujeto N°4.....	79
Tabla N° 5: Sujeto N°5.....	80
Tabla N° 6: Sujeto N°6.....	81
Tabla N° 7: Sujeto N°7.....	82
Tabla N° 8: Sujeto N°8.....	84
Tabla N° 9: Resumen de factores extraídos de las historias de vida y entrevistas semiestructuradas.....	86
Tabla N° 10: Indicadores de cuadro depresivo identificados en los sujetos.....	88
Tabla N° 11: Resumen de factores identificados para el desarrollo de la depresión.....	108

INTRODUCCIÓN

Es primordial entender que la planeación del embarazo se considera un indicador de salud reproductiva, al tiempo que es clave para identificar patrones de fecundidad de las poblaciones y conocer los obstáculos de la anticoncepción (Santana, Verdeja, Ovies y Fleitas, 2006), demostrando así la importancia y el impacto de los programas de planificación familiar.

Cuando se toca el tema de la intencionalidad del embarazo, generalmente se alude a embarazos no planeados o no deseados en la etapa adolescente, aunado a que se recurre a definiciones ambiguas, ya que se cae en la presunción de que cualquier comportamiento sexual es voluntario y consciente, sin considerar que está influenciado por aspectos culturales y sociales que no siempre parten de intenciones conscientes.

Varios autores mencionan que los significados que cada persona atribuye a los términos relacionados con el embarazo tienen cierta correlación con la influencia social y cultural, es decir, son construidos culturalmente (Belloch, Sandin y Ramos 2002), por lo que difieren entre diversas poblaciones y pueden interpretarse en forma distinta; a causa de las presiones sociales, por lo que debiera prestarse más atención a comprender los significados culturales y las actitudes de la gente en la toma de decisiones sobre su fecundidad.

Este tema es de gran importancia en Bolivia, ya que, según cifras del gobierno boliviano reportadas en 2016, la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de 88 nacimientos por cada 1.000 y, el 10% de las muertes de mujeres en el país se producen por abortos mal practicados (INE, 2013).

Bolivia no representa un espacio que brinde las mejores oportunidades para que las adolescentes puedan vivir su embarazo en buenas condiciones y puedan continuar con sus estudios y desarrollo integral. Cuando una adolescente se embaraza, muchas veces enfrentan solas el problema, pues ni ella, ni su pareja, ni sus padres así como tampoco los servicios públicos tienen suficientes elementos para abordar la temática y apoyarla, por lo que muchas de estas adolescentes se ven obligadas a considerar practicarse un aborto.

El aborto es un problema de salud pública. En Bolivia, las limitaciones para interrumpir el embarazo no deseado obligan a que las mujeres aborten en condiciones clandestinas e inseguras, lo que coloca en riesgo su salud y vida. Los motivos por los cuales las mujeres abortan son varios, entre ellos están: pobreza, estado de salud, violación e incesto; sin embargo, todas las causas que inducen al aborto tienen un origen común: el embarazo no deseado (UNICEF, 2020).

De la misma manera se desarrolla la fundamentación teórica acerca de la depresión, su etiología la sintomatología y la prevalencia de este trastorno, al igual que la explicación que realiza la teoría cognitiva de Beck. Por ultimo en es este capítulo se encuentra las principales características de la etapa de la adolescencia, tomando en cuenta los fundamentos del desarrollo humano. Hay que entender que este factor puede incrementarse al estar en una situación como un embarazo no planeado, en la que una salida a ello sea el aborto.

Por lo que la investigación será realizada en el Centro de Ayuda para la Mujer, una institución sin fines de lucro, que brinda acompañamiento a mujeres con embarazos inesperados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

A. Área Problemática

El área problemática de la presente investigación, es describir los factores psicosociales de mayor influencia en adolescentes con intento de aborto, poder conocer la realidad que atraviesan estas adolescentes al verse frente a un embarazo no planificado, y que las lleva a tomar una decisión que pone en riesgo su propia vida, además de ello los costos psicológicos que esta situación representa en una etapa de cambios físicos, emocionales y psicológicos. Trastornos como la depresión pueden verse agravados. Por lo que es necesario indagar en esta problemática social y psicológica para generar posteriores herramientas de prevención para la población más vulnerable.

La División de Población de ONU-DAES, en sus proyecciones más recientes, plantea que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá prácticamente estable durante el período 2020–2021 (Rodríguez, 2016). Situación que ha sido agravada durante la cuarentena por la pandemia por Covid -19 declarada en 2020. Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres adolescentes se encuentran: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%). Casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas (UNICEF, 2020).

Por estudios realizados a nivel Latinoamérica, se identifica que la edad modal de la primera relación sexual ocurre alrededor de los 15 años, para los varones y un poco más tarde para las adolescentes mujeres. El inicio de la actividad sexual sin una adecuada educación sexual y/o servicios de apoyo de orientación y salud sexual reproductiva, para este grupo poblacional, propicia comportamientos de riesgo que pueden acarrear embarazos no deseados o no planificados (González y Santana, 2001). La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: la relación de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos.

Las niñas que quedan embarazadas antes de los 18 años rara vez pueden ejercer sus derechos a la educación, la salud, la protección y un nivel de vida adecuado. Pierden su niñez, asumen obligaciones de adultas y no siempre disfrutan de todos sus beneficios, por lo que la situación que se torna difícil se complica más aun, y esto podría generar trastornos depresivos muy graves. Además el embarazo

y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja. (UNICEF, 2020).

El adolescente durante este proceso de cambio resulta ser más sensible, por así decirlo, y más propenso a presentar un estado de ánimo depresivo. Si añadimos factores negativos tanto sociales, familiares hacia el embarazo las consecuencias podrían ser mucho más alarmantes. Los últimos datos arrojados en estudios a cargo de la UNICEF (2020), se identificó que más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren en algún momento de la etapa adolescente cuadros depresivos, el suicidio es la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años y que alrededor del 15% de adolescentes de países de ingresos medios y bajos se ha planteado el suicidio, datos que identifican como la problemática de la depresión en adolescentes en estado de gestación requiere de la atención necesaria por todas las consecuencias que de esta devienen.

En un estudio realizado en Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, entre las gestiones del 2000-2001 se estima que 13% de las adolescentes entre 15 a 19 años están embarazadas y 58,2% de las que llegaron a ser madres manifestaron que su embarazo fue no deseado. Como bien se menciona el embarazo no deseado tiene estrecha relación en la generación de cuadros depresivos en las adolescentes.

Por otro lado, a partir de numerosas investigaciones en países desarrollados y en vías de desarrollo, incluido países como Chile, en el estudio realizado en Santiago el 2009, informan sobre la prevalencia de la depresión, los factores de riesgo y las consecuencias asociadas, así como de las intervenciones efectivas para tratarlo. A pesar de esto, son pocas las investigaciones que se han abocado a la búsqueda de factores de riesgo psicosocial, sintomatología depresiva y prevalencia de DPP exclusivamente en madres adolescentes.

En la investigación de Martínez y Waysel (2009), sobre la “Depresión en adolescentes embarazadas”, en México, determino que de las 100 mujeres que participaron del estudio 50 de ellas presentaron sintomatología depresiva grave, y las otras 50 adolescentes sintomatología entre leve y moderada, así también se encontró que las adolescentes con cuadro depresivo grave no contaban con apoyo tanto familiar como de la pareja (citado en Martínez y Fuertes, 1999).

Situación similar se obtuvo en el estudio realizado por Bonilla-Sepúlveda Ó. (2009), sobre “Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas”, cuyos resultados arrojaron que la prevalencia de depresión fue del 32,8%, mientras que en el grupo de estudiantes no embarazadas fue del 16,8%. Corroborando nuevamente como la depresión se convierte en un factor de salud pública principalmente en las adolescentes en estado de gestación.

En Bolivia, la población comprendida entre los 17 y 25 años representa el 18.54% de la población económicamente activa. La adolescencia y la juventud son una etapa de desarrollo donde ocurren profundos cambios físicos, psicológicos y sociales. En cuanto a datos referentes a la prevalencia del trastorno depresivo en adolescentes, muchos estudios muestran cifras elevadas, con una predominancia en el sexo femenino.

Las investigaciones realizadas por organismos estatales en Bolivia, no cuentan con datos epidemiológicos sobre depresión, cifras que adquirirían importancia para la toma de decisiones en el ámbito de las instituciones gubernamentales u otras encargadas del manejo de problemas en adolescentes, por eso debemos conocer la frecuencia del trastorno depresivo en la población adolescente y sobre todo en adolescentes con situaciones en crisis como el intento de aborto (Rojas, Gómez, Rodríguez, Román y Rojas, 2003).

Pero se sabe que, en la realidad actual boliviana, existe un incremento de madres adolescentes, lo que deviene en varias implicaciones sociales, la bibliografía consultada establece que la escasa preparación que tiene una adolescente para enfrentar la maternidad no garantiza que de origen a un nuevo núcleo familiar sano, pues su embarazo en casi todos los casos, no ha sido producto de una decisión autónoma y planeada, sino del ejercicio precoz de su sexualidad (Revista Postgrado, 2006). Según Blum (2000) la situación que se presenta en un embarazo precoz, puede a su vez, desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, lo que va asociado a la reproducción de la pobreza, al no ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y otros factores, como la falta de expectativas, frustración y desmotivación.

Los resultados de un estudio realizado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, exponen que 16 de cada 100 mujeres adolescentes en Bolivia son madres o están embarazadas (INE, 2013) Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto, son consideradas a nivel clínico como uno de los principales factores de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. Se determina que entre los 10 y 14 años hay mayor porcentaje en estos casos de embarazo, de presentarse en los hijos un bajo peso al nacer, depresión, hipertensión inducida por el embarazo, elevada morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea (Revista de Posgrado, 2006).

La dirección nacional materno infantil, del Ministerio de Salud, estimo que se producen alrededor de 40 mil abortos en un año, de los que un 20% a 50% es posible que sean inducidos, solo un 30% de estos casos llega a los hospitales, pueden provocar la muerte por hemorragia o por infección, de muchas madres que en muchos casos, mueren sin auxilio médico (Ministerio de Salud, 2010).

Por lo que la presente investigación será realizada en el Centro de Ayuda para la Mujer cuyo objetivo principal es brindar orientación educativa y asistencial, al mayor número de personas dentro del país que viven embarazos en crisis, para que las madres que asisten al centro puedan encontrar soluciones preservando la vida del bebe en gestación y la salud psicológica, emocional, espiritual y física de la mujer.

B. Problema de Investigación

1.1. Pregunta Central

¿Cuáles son los factores psicosociales que más influyen para la depresión en adolescentes con intento de aborto que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer?

1.1.1. Preguntas Complementarias

- ¿Cuáles son los datos sociodemográficos de las adolescentes con intento de aborto que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer?
- ¿Cuáles son las percepciones conceptuales sobre el aborto en adolescentes que lo hayan intentado que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer?
- ¿Cómo se presenta la depresión en adolescentes con intento de aborto que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer?

C. Objetivos

1.1. Objetivo General

Definir los factores psicosociales que más influyen para la depresión en adolescentes con intento de aborto que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer de la ciudad de La Paz.

1.1.1. Objetivos Específicos

- Describir los datos sociales y demográficos de las adolescentes con intento de aborto que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer.
- Describir los factores psicosociales de mayor presencia en las adolescentes participantes de la investigación.
- Identificar las percepciones conceptuales sobre el aborto de las adolescentes que formaran parte de la población a estudiar.

- Describir la presencia de depresión en las adolescentes que conformen la población a estudiar.

D. Justificación

Se decidió llevar a cabo esta investigación debido a que se considera importante aportar a las investigaciones psicológicas estudios que brinden información acerca de los factores psicosociales de adolescentes gestantes, que las conlleva a la decisión de realizarse un aborto, además de la posibilidad de la presencia de depresión.

Según Blum (2000) nos dice que:

“Los jóvenes son uno de los grupos etarios que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se lleva a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que le permita establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social”.

Se emplea la palabra “depresión” en muy diversos sentidos: para describir el ánimo, un síntoma, un síndrome (es decir un conjunto de signos y síntomas), como así mismo para designar a un grupo específico de enfermedades. (Belloch, 2002) Hoy en día todo ser humano es vulnerable a presentar un grado de depresión, debido a las diversas causas y conflictos por los que se enfrenta en su vida diaria. Los adolescentes no se encuentran al margen de esto, más aún cuando una adolescente encuentra frente a un embarazo no planificado, y tiene poco o ningún apoyo económico ni emocional; ya que la situación por la que atraviesa este adolescente puede causarle tristeza, sentimientos de culpa, pesimismo y hasta pensamientos suicidas.

Según la OMS (2013) la depresión puede conducir al suicidio como último eslabón, y es considerado la tercera causa de mortalidad en el grupo de adolescentes, ocupando Bolivia el puesto número. Es necesario entender la depresión como un trastorno multifactorial, de los cual grupos etarios adolescentes, principalmente las mujeres, tienen mayor riesgo de padecerla más aun cuando se encuentran frente a situaciones críticas personales como lo es un embarazo no deseado y la posibilidad de someterse a un aborto inducido.

En Bolivia Las mujeres entre 15 y 19 años que ya son madres constituyen 29,5%, embarazadas por primera vez 3,7%; las que tuvieron fracaso/aborto/o hijos nacidos muertos 0,8% del total de la muestra investigada en la Encuesta de Demografía y Salud (INE, 2013). Por otro lado, esta población constituye la etapa de la adolescencia con mayores cambios psicológicos, emocionales y una gama de situaciones y emociones que los orillan muchas veces a diferentes situaciones de riesgo. Sin mencionar que es en este periodo de edad que los adolescentes empiezan su vida sexual.

En el Centro de Ayuda para la Mujer (CAM), como institución sin fines de lucro dando acompañamiento a mujeres con embarazos inesperados, llegan a este centro entre 1000 a 1200 mujeres entre los 13 y 43 años, quienes acuden con intenciones de abortar, en su mayoría mujeres de escasos recursos, estudiantes y sin trabajo, solteras o en concubinato inestable, y menores de 25 años.

El principal objetivo de esta institución es prevalecer la vida del bebé y la salud, psicológica, emocional y física de la madre aun en situaciones de extrema necesidad y crisis familiar, por lo que a partir del apoyo recibido en CAM las adolescentes deciden continuar con su embarazo. Por ello que esta investigación permitirá conocer y describir los factores más recurrentes para tomar la decisión de un aborto, además de conocer la posible presencia de depresión y que esta no termine afectando el diario vivir de las madres y sus hijos una vez nacidos.

Es necesario mencionar que las adolescentes que asisten al centro llegan en busca de la realización de un aborto, más al llegar encuentran el apoyo necesario para enfrentar el embarazo y llevarlo a término, atendiendo así situaciones como la generación de cuadros depresivos.

La intención de estudiar y analizar la influencia de determinados factores que influyen en la decisión de un aborto en una mujer es importante, ya que estos son variados y difíciles de establecer.

Los beneficios de indagar en la problemática son en primera instancia en la parte académica que permite generar nuevos conocimientos acerca de este problema de salud pública y sus implicancias en el ámbito social, económico que acarrea problemas psicológicos que afectan directamente a este grupo poblacional, ya que en muchas situaciones esta condición involucra la pérdida de oportunidades en las diferentes esferas de desarrollo. Por otro lado, la importancia de la investigación permite generar propuestas cuyas beneficiarias sean las adolescentes que se encuentren en una situación de embarazo y así poder no solo prevalecer la vida, sino también proponer las herramientas necesarias para mejorar la vida digna tanto de la madre como del niño y así reducir las tasas de pobreza dentro de la región.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. La Adolescencia

Para comprender la complejidad de los adolescentes se debe reconocer las diferencias socio-culturales y climáticas en las que cada generación se desarrolla como menciona Nurmi (citado por Santana, et., al., 2006), en sus aportes destaca que la adolescencia en la actualidad, como consecuencia de las mejoras en el nivel de vida y de la alimentación la fisiología hormonal tiende a adelantarse. No es posible definir la adolescencia sin incluir todo el periodo de cambio físico, psicológicos que ésta implica, sin tener en cuenta que el individuo forma parte de un contexto social determinado. Los medios tecnológicos se han convertido en un arma de doble filo ya que estas herramientas han permitido grandes avances en muchas esferas sociales, pero en el caso de los niños de hoy en día acceden a territorios simbólicos propios de los adultos que les estarían vetados en otras épocas (González y Santana, 2001) así ingresarían antes a la adolescencia.

Para Ortega, Rivera, y Sánchez, V. (2008), la adolescencia es un periodo de la vida en el que los procesos de construcción de identidad, el desarrollo de nuevas formas de pensamientos, incluyendo la capacidad de razonamiento moral y el fortalecimiento de las relaciones sociales, se convierten en una oportunidad irreplicable para la consolidación de los valores y las fortalezas humanas. Dado el proceso de construcción de la identidad y a la formación de valores en los adolescentes, la literatura investigativa al respecto es limitada; se observa que las fortalezas de sabiduría y conocimientos relacionado a la creatividad, curiosidad, apertura a la experiencia, deseo de aprender y perspectiva podrían considerarse las más importantes durante la adolescencia, es en el desarrollo de estas fortalezas que también pueden producirse en contrasentido situaciones riesgosas.

1.1. Adolescencia Temprana

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor, el hecho central en este período es el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de pares. Ello implica una profunda reorientación en las relaciones interpersonales, que tiene consecuencias no solo para el adolescente sino también para sus padres (Ortega y Sánchez, 2008).

En cuanto al desarrollo psicológico, en esta etapa continúa aumentando el nuevo sentido de individualidad. Sin embargo, la autoimagen es muy dependiente de la opinión de terceros. El adolescente tiende al aislamiento y pasa más tiempo a solas, se incrementa el rango y la apertura de las emociones que experimenta, y adquiere la capacidad de examinar los sentimientos de los demás

y de preocuparse por los otros. El egocentrismo es significativo, y durante décadas se le responsabilizó de generar en los adolescentes un sentimiento de invulnerabilidad que los predisponía a conductas de riesgo, las cuales son frecuentes en esta etapa.

Se planteaba que esta sensación de omnipotencia les deterioraba el juicio y producía una falsa sensación de poder, que en situaciones críticas les acarrea consecuencias negativas, pues los llevaba a tener convicciones de inmunidad, haciéndolos propensos a situaciones de riesgo, experimentado relaciones sexuales sin protección y sus consecuencias como las enfermedades venéreas, embarazos no deseados entre otras. Sin embargo, la investigación reciente en neurodesarrollo ha demostrado que los adolescentes tienen conciencia de los riesgos que corren, pero esto no los inhibe de presentar estas conductas debido a que atraviesan por un período de incremento sustancial de la inclinación hacia la búsqueda de recompensas o sensaciones, lo que aumenta en presencia de pares (Campbell, 1992).

Ello sería producto de la maduración más temprana del sistema cerebral socioemocional que del sistema de control cognitivo, con el resultado de que, en condiciones de excitación emocional, el primero sobrepasa la capacidad regulatoria del segundo (Gaete, 2015). Así, en situaciones que son particularmente cargadas emocionalmente, aumenta la probabilidad de que estas influyan en sus conductas más que la racionalidad, además de que durante la adolescencia media también persiste una tendencia impulsiva.

El desarrollo cognitivo en esta etapa se caracteriza por un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto y razonamiento, y de la creatividad. El adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige. La posibilidad de razonar sobre su propia persona y los demás lo lleva a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general (Campbell, 1992).

Respecto del desarrollo social, en esta fase el involucramiento del adolescente en la subcultura de pares es intenso. No existe otra etapa en la que el grupo de pares sea más poderoso e influyente. El joven adopta la vestimenta, la conducta y los códigos y valores de su grupo de pares, en un intento de separarse más de la familia y encontrar su propia identidad. La presión de los pares puede influir tanto en forma positiva como negativa, favoreciendo por ejemplo que se involucre en conductas de riesgo. Las amistades y los grupos pasan a ser de ambos sexos, y frecuentemente se establecen relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un rol progresivamente mayor a medida que avanza la adolescencia, sin embargo, las relaciones de amistad siguen siendo extremadamente importantes, ofreciendo compañía, un contexto para la apertura íntima y la satisfacción de otras necesidades (Krauskopf, 1994).

A la vez, es esperable que en esta etapa el adolescente desafíe los valores y la autoridad de los padres, y ponga a prueba sus límites. Esta es una parte necesaria del proceso de crecer, pues para

alcanzar la madurez, debe separar su propia identidad de aquella de su familia y avanzar en el desarrollo de su autonomía. El adolescente necesita y busca demostrarse a sí mismo que es capaz de trazar su propio camino en la vida y que no necesita de las opiniones ni las directrices de sus padres. Busca activamente juicios y valores propios, sin aceptar ya automáticamente los de ellos. Magnifica los errores y contradicciones de estos y de cualquier figura de autoridad para facilitar su proceso de desapego, llegando a descalificarlos con frecuencia. Como consecuencia de todo lo anterior y de la reacción de los padres a estos cambios, los conflictos padres-hijo alcanzan su máximo en este período. Ya que la construcción de la individuación desata duelos importantes para las figuras parentales, el duelo por la pérdida de su hijo-niño, el duelo por su rol de padres incuestionados.

En cuanto al desarrollo sexual, en la adolescencia media aumenta la preocupación corporal y la comodidad con él, dedicándole mucho tiempo a tratar de hacer su cuerpo más atractivo. Prueban su atractivo sexual experimentando con su aspecto y con su comportamiento. En este período se toma conciencia de la orientación sexual y aumenta el involucramiento en relaciones de pareja. Estas son habitualmente breves y utilitarias, predominando en ellas la exploración, la búsqueda, la descarga de impulsos sexuales y el egocentrismo. Las relaciones de pareja pueden también comprender fantasías idealistas y románticas (Krauskopf, 1994). Por último, en esta fase aumenta la experimentación de diversas conductas sexuales, incluyendo el inicio de relaciones coitales.

Cuadro N° 1: Características en la Adolescencia Media

Características en la Adolescencia Media (14 - 16 AÑOS)	
<input type="checkbox"/> Diferenciación del grupo familiar	<input type="checkbox"/> Búsqueda de autonomía
<input type="checkbox"/> Duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado	<input type="checkbox"/> Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas
<input type="checkbox"/> Deseo de afirmar el atractivo sexual y social	<input type="checkbox"/> Preocupación por lo social
<input type="checkbox"/> Emergentes impulsos sexuales	<input type="checkbox"/> Grupos de pares masculinos y femeninos, consolidación de la orientación sexual
<input type="checkbox"/> Exploración de capacidades personales	<input type="checkbox"/> Interés por nuevas actividades
<input type="checkbox"/> Capacidad de situarse frente al mundo y a si mismo	<input type="checkbox"/> La pareja como extensión del yo

Fuente: *Elaboración propia en base al artículo de Dina Krauskopf (1999) "El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios"*

1.2. Adolescencia Tardía

En esta última etapa entre los 17 y 19 años, el adolescente se encuentra en camino hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el adolescente estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales (Gaete, 2015, p. 440-443).

En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los pares, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar ya la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse.

En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas.

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de pares, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas (Krauskopf, 1994). Por otra parte, el joven se re acerca a la familia, aumentando gradualmente la intimidad con sus padres, si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. La relación padres-hijo alcanza nuevas dimensiones, que acrecientan el desarrollo personal y familiar, cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias.

Esta fase se puede ver bloqueada por la evitación del duelo que implica abandonar identidades potenciales que parecen ser más gratificantes por roles posibles, así como enfrentar los pasos para llegar a desempeñarlos. Otro importante factor que opaca con frecuencia el empuje por explorar las perspectivas más afines de realización personal y participación social, es la desesperanza objetiva o aprendida de que no existen las opciones que permitan el desarrollo anhelado. En adolescentes depravados, emocional o económicamente, se establecen convicciones que llevan a rehuir las tensiones propias de su desarrollo y de las condiciones del ambiente, lo que favorece salidas sustitutivas, refugio en gratificaciones efímeras, acting out, reacciones depresivas, entre otras.

Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal. Acepta también su identidad sexual, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo.

El acercamiento a los problemas morales ya no se basa en necesidades egoístas o en la conformidad con los otros o con la estructura social, sino que depende de principios autónomos, universales, que conservan su validez incluso más allá de las leyes existentes (Montero, 2011).

Cuadro N° 2: Características de la Adolescencia Tardía

Características en la Adolescencia Tardía (17 - 19 AÑOS)	
<input type="checkbox"/> Búsqueda de afirmación del proyecto personal-social	<input type="checkbox"/> Avance en la elaboración de la identidad
<input type="checkbox"/> Reestructuración de las relaciones familiares	<input type="checkbox"/> Duelo parental por la separación física
<input type="checkbox"/> Locus de control interno	<input type="checkbox"/> Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario
<input type="checkbox"/> Desarrollo de instrumentos para la adultez	<input type="checkbox"/> Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
<input type="checkbox"/> Exploración de opciones sociales	<input type="checkbox"/> Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo

Fuente: *Elaboración propia en base al artículo de Dina Krauskopf (1999) "El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios"*

Debe destacarse que el desarrollo no llega a su fin con el término de la adolescencia y que el adulto joven que emerge de este proceso no es un producto acabado. El desarrollo es un proceso que tiende a continuar a lo largo de toda la vida, por lo que si bien los cambios futuros pueden no ser tan rápidos y tumultuosos, los adultos jóvenes se verán enfrentados a otras tareas del desarrollo, cuyo logro dependerá en gran parte de la resolución saludable del proceso adolescente. Esto no solo implica que las etapas antes mencionadas están ligadas al desarrollo óptimo con todos los actores que involucran el desarrollo físico, emocional, cognitivo de los seres humanos; esto quiere decir que los factores intervinientes juegan un rol importante para que cada etapa del desarrollo pueda culminarse

exitosamente para contribuir a la etapa siguiente en la formación y desarrollo de la vida en este caso de los adolescentes (Montero, 2011).

Los factores psicosociales que intervienen en todas las etapas y en diferentes situaciones de la vida, si bien son varios son algunos los que se mantiene de forma permanente a lo largo del desarrollo humano.

2. Factores Psicosociales

El concepto factores psicosociales hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación y tienen la capacidad para afectar tanto al bienestar o la salud física, psíquica o social. Los factores psicosociales son susceptibles de afectar de forma negativa, pero también pueden influir positivamente de acuerdo a las circunstancias de cada individuo como lo refiere Ezpeleta (citado por Muñoz, 2017, p. 62). Estos factores pueden estudiarse en diferentes etapas de la vida del ser humano, así como en diferentes esferas donde se desarrollan.

Durante la adolescencia se presentan también varios factores de riesgo pueden ser: causales o indicadores, observables o identificables aquellos que se dan antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Al hablar de factores de riesgo frente a una situación de embarazo específicamente, se hace referencia a aquellas características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de la aparición o mantenimiento de la conducta. Para Abello (citado por Díaz, et., al., 2006) divide en tres grandes bloques a los factores de riesgo que a su vez se subdividen en otros grupos relevantes, como los cuales son: factores ambientales/contextuales, factores familiares y factores individuales. Dentro del primer grupo aparecen el nivel de educación, la educación sexual, el grupo de iguales, el contexto sociocultural y la pobreza. Dentro del segundo grupo se observan la relación de los padres, la violencia familiar, pautas educativas inadecuadas, la interacción padres e hijos, los conflictos maritales, la criminalidad y la separación de los padres, las relaciones de pareja. En el tercer grupo aparecen variables psicológicas como las actitudes y creencias.

2.1. Factores Familiares

La familia es el primer grupo social del cual formamos parte todos y todas y es ella quien nos convierte en seres sociales al transmitir todo el cúmulo de conocimientos, normas, valores, usos, costumbres que constituyen la sociedad. El entorno familiar, es determinante en el desarrollo de los adolescentes, un buen rendimiento cognitivo en la adolescencia está relacionado con una mayor probabilidad de gozar de buena salud en la vida adulta y esta, está estrechamente relacionada a los factores familiares que pueden jugar un rol positivo como convertirse en factor de riesgo, entre estos se encuentran:

2.1.1. Relación de los padres y conflictos maritales

Los estudios señalan que cuanto mayor es el nivel educativo y ocupacional de los progenitores, también mayor es el rendimiento de sus hijos. Los progenitores juegan un papel fundamental en la creación de un entorno intelectual estimulante para sus descendientes. El desarrollo cognitivo de niños y adolescentes no depende solo del ámbito escolar. Uno de los factores más importantes es el nivel educativo y ocupacional de ambos padres. Así lo asegura un estudio llevado a cabo por investigadores españoles de la Facultad de Psicología de la Universidad de Málaga, y realizado sobre 2.161 personas de entre 13 y 18 años (CSIC, 2011)¹.

En este punto es necesario recalcar que cuando el adolescente vive la separación de los padres y/o ausencia de uno de ellos puede ocurrir un fenómeno denominado alianzas y coaliciones, que si bien involucra a los padres de forma directa, también puede incluir a cualquier otra figura de autoridad en la vida del adolescente; estas son las asociaciones abiertas o encubiertas entre dos o más integrantes de la familia; las más apropiadas son las que incluyen miembros de la misma generación o del mismo género. Cuando las alianzas son inadecuadas se llaman coaliciones. Los conflictos conyugales pueden invadir a los hijos y generarlas. Los tipos de coaliciones de acuerdo con Margulis (2003) son: 1) triangulación, cada progenitor busca la alianza del hijo y lucha por ella, lo cual genera conflictos de lealtad en el adolescente y luchas intensas de poder; 2) coalición estable, el hijo está aliado con uno de los padres; hay dos variantes, en la primera el padre excluido continúa luchando por el apoyo del hijo, en la segunda se resigna; 3) desviación de ataque, el conflicto conyugal no resuelto se desvía en forma de agresiones al hijo, quien es definido como el adolescente problemático; y 4) desviación de apoyo, los padres intentan disminuir el estrés de su pobre relación de pareja y se vuelcan sobre el hijo que se convierte en motivo de unión (Blum, 2000).

Estos tipos de coaliciones se convierten en factores de riesgo para la vida del adolescente ya que generan situaciones estresantes y límites. También en familias monoparentales, suelen existir ausencias mayores de figuras de autoridad debido a que el padre o madre, o tutor pasa más tiempo en el ámbito laboral y deja de representar una figura de autoridad en el adolescente, que se encuentra en una situación solitaria que podría generar comportamientos extremos, como rebeldía o depresión.

2.1.2. Violencia Familiar

Se conoce que la violencia familiar, de pareja se ha convertido en una problemática social de salud pública según la OMS (2013), y según la encuesta de prevalencia de violencia realizada por el

¹ Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Instituto Nacional de Estadística en Bolivia (INE, EPCVcM, 2016)², se conoce que el 75% de mujeres casadas o en unión libre de 15 años o más sufrieron violencia por parte de sus parejas o ex parejas en los últimos 12 meses previa a la encuesta.

El antecedente de violencia familiar podría ser un factor predictor de trastornos de conducta en la adolescencia, además de ser altamente probable que los niños sean también víctimas directas de violencia física o psicológica en situaciones de maltrato doméstico, los hijos de las mujeres maltratadas son receptores directos de la violencia contra sus madres, aunque ellos directamente no hayan recibido ni un solo golpe (González y Santana, 2001).

Vivenciar la angustia de la madre maltratada, su temor, inseguridad, tristeza, les produce una elevada inseguridad y confusión (Pick y Vargas, 1990, p. 11-41). Esa angustia se traduce en numerosos trastornos físicos, terrores nocturnos, enuresis, alteraciones del sueño, cansancio, problemas alimentarios, ansiedad, estrés, depresión, entre otros. La UNICEF (citado por Morgade, 2011), señala que, aunque no se les ponga la mano encima, presenciar o escuchar situaciones violentas tiene efectos psicológicos negativos en los hijos. Aunque no sean el objeto directo de las agresiones, padecen violencia psicológica, que es una forma de maltrato infantil y que la Convención Internacional de los Derechos del Niño ratificada por España considera una forma de maltrato infantil y la recoge en el artículo 19³ como violencia mental.

Los niños y adolescentes, no son víctimas sólo porque sean testigos de la violencia entre sus padres sino porque “viven en la violencia”. Son víctimas de la violencia psicológica, a veces también física, y que crecen creyendo que la violencia es una pauta de relación normal entre adultos (Margulis, 2003, p. 25-26). Pero lo peor, al estar en fase de crecimiento y desarrollo madurativo, conforman su personalidad en función de la violencia y la toman como modelo, interiorizando los roles de maltratador o maltratada. Interiorizan patrones de comportamiento violentos y no discriminan lo que es adecuado o está bien, de lo que es injustificable.

Para Wolak, (1998), las alteraciones detectadas en los niños, niñas y adolescentes afectan diferentes áreas: física, emocional, cognitiva, conductual y social. Además de que existe una transmisión generacional de la violencia. Se ha estudiado que estos niños y adolescentes de mayores, con más frecuencia y probabilidad maltratarán a sus parejas o que serán víctimas de violencia de género (citado por Sandoval, 1998).

² Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia Contra las Mujeres, por el Instituto Nacional de Estadística en 2016

³ Unicef

La violencia dentro de la familia, se convierte en un factor de riesgo para muchas situaciones; específicamente, puede inducir primero la búsqueda de un escape afectivo lo que lleva a la situación de embarazo no deseado o confitos en su vida sexual y afectiva, además de ser un factor predominante para optar por un aborto inducido, para evitar ya sea las acciones violentas en contra de la adolescente por parte de la familia, o por otro lado las emociones y creencias asociadas y adaptadas de lo que significa familia y violencia, inducirían para tomar la decisión de salvaguardar mediante un aborto la integridad del hijo en camino. Hay que recalcar que, en muchas ocasiones por la transmisión de violencia generacional, incide en que las parejas de las adolescentes en situación de violencia familiar son también agresores, lo que incrementa la situación de riesgo no solo por un aborto inducido, sino también, como factor para una predisposición a que se genere depresión en la adolescente.

2.1.3. Interacción padres e hijos

En un estudio realizado por Pons y Buelga en 1994 destacan la influencia de la familia como uno de los factores de riesgo que con más insistencia se plantea en investigaciones para diferentes situaciones. La existencia de problemas de relación en la familia y sus consecuencias en el clima familiar y en diversas variables individuales de los hijos (Florenzano, 1996, p. 31-41). En el establecimiento de la relación con los padres, es de relevancia la forma en que el hijo percibe y evalúa las características de ambos progenitores. Hurock en un estudio llevado a cabo en 1980 (citado por Morgade, 2011), describe que un equilibrio positivo de afecto por parte de los padres en las diferentes etapas del proceso de madurez, una percepción afectiva globalmente positiva de los progenitores, un equilibrio entre imposiciones y gratificaciones y, por tanto, un aprendizaje de la tolerancia a la frustración son factores fundamentales en la salud psíquica del niño y en el desarrollo del adolescente.

Las figuras de autoridad y como se ejerce la jerarquía dentro de las familias juega un papel importante a la hora de la dinámica familiar así; los niveles de autoridad que se establecen dentro del sistema, que varían de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar, las características de personalidad de sus miembros, la dinámica de las relaciones conyugales, el orden de nacimiento es determinante ya que cada individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad. La adecuada distribución de la autoridad requiere de su correcta definición para cada contexto de la vida familiar, esto es reglas y autoridades claras y predecibles; en casos donde los padres son autoritarios, no están en disposición para negociar con los hijos, desencadenando conflictos que afectarán todo el sistema.

Y en ello también implica características como la flexibilidad para respetar las diferencias individuales y facilitar la adaptación del sistema ante las demandas de cambio. Cuando el grado de flexibilidad es adecuado, la familia cuenta con un repertorio conductual suficiente para emplearlo en

la solución de sus problemas. En caso opuesto, las demandas en cambio generan estrés, descompensación y formación de síntomas. En un estudio realizado en México en el Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México (2017), con estudiantes de secundaria, en ambos sexos el apoyo familiar resultó ser el más efectivo, pues cuando los jóvenes reconocían que habían buscado el apoyo de sus familias, sus niveles de malestar emocional eran los más bajos. En gran medida, la capacidad para enfrentar las demandas y adaptarse a la vida se basa en los fundamentos psicológicos de las experiencias familiares tempranas.

En estudios realizados por Rendón, Langer y Hernandez (1995) encontraron que factores como la ausencia de implicación maternal, la ausencia o inconsistencia de la disciplina parental y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían situaciones de riesgo.

Es importante recalcar que en esta dinámica familiar la comunicación padres – hijo es de suma importancia, el cómo se da la comunicación y comprensión ya que se requiere de la comprensión mutua; esto quiere decir que los mensajes intercambiados sean claros, directos y suficientes y que los receptores estén en disposición y apertura para evitar distorsiones. La comunicación es elemento indispensable para identificar y resolver los problemas, desafortunadamente durante la adolescencia se ve sumamente afectado.

Según Crespo (2011), indica que la familia no es únicamente un colectivo de personas que comparten vínculos de sangre, es también un grupo donde las relaciones entre sus miembros tienen un profundo carácter emocional, y son estas relaciones las que marcan la diferencia respecto de otra clase de grupos (citado por Muñoz, 2017). Los estudios realizados por Martínez (1997) sobre la percepción de los adolescentes y la comunicación familiar, señala que en el desarrollo durante el ciclo vital, la adolescencia es un período de cambios, no solo para el adolescente, sino para las dinámicas y relaciones familiares y la comunicación en la familia es un elemento central, por lo cual surge la necesidad de identificar los factores que afectan la comunicación familiar y su relación con factores de riesgo y protectores para los adolescentes. Es de especial relevancia, además, aceptar que los medios de comunicación y la era digital se han convertido en una fuente imparable de recursos simbólicos para los jóvenes, además de haberse convertido en un arma de doble filo, ya que la exposición y la brecha tecnológica donde se desarrollan las diferentes generaciones varía de una a otra, y es exactamente esta exposición tecnológica la que adelanta a los más jóvenes a adelantarse en terrenos adultos, lo que propicia y aumenta las situaciones de riesgo.

El aumento y la dificultad de la comunicación familiar en este momento lo encontramos en los estudios que comparan los intercambios comunicativos que se producen durante la infancia y la adolescencia. Las investigaciones realizadas sobre la influencia de los estilos de sociabilización

parental sobre los niveles de ansiedad en los adolescentes, nos destaca que de acuerdo al análisis estadístico, los estilos de socialización parental negligente presenta menor distribución porcentual con respecto a los niveles de ansiedad, lo que lleva a cuestionar que la baja aceptación/implicación y baja coerción/imposición promueva la homeostasis familiar, empero este tipo de relación parental distante deriva en familias conflictivas caracterizadas por autoestima disminuida, comunicación indirecta, y baja vinculación emocional.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. En este contexto, los miembros de la familia pueden reaccionar de diferente manera frente a un embarazo no esperado o no deseado. Una de sus reacciones puede ser el de influir en la consecución del aborto, si bien es cierto no en todo, pero si en parte, cuando uno de los miembros dan sus puntos de vista u opiniones sobre cómo podría ella solucionar sus problemas Otra manera, es obligar a la mujer al aborto, quiere decir que cualquiera de los miembros de la familia se encarga de tomar la decisión por la mujer y que luego ellos las llevan a que se le realice el aborto. Otro factor involucrado dentro de la variable familia es el miedo, que es la perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño imaginario por un embarazo no deseado, que tienen a la familia, a los padres o al padre, que generalmente es el jefe del hogar y que impone normas o reglas de conducta. Si un embarazo, deseado o no, está presente y, esta no es una conducta que será aceptada por la familia según la consideración de la mujer, el miedo puede anular sus facultades de decisión y raciocinio, y puede impulsar a estas mujeres a un aborto provocado (Rodríguez y Sucño, 2016).

Parece claro que la familia ejerce un papel fundamental como espacio para la supervivencia, pero también para el apoyo afectivo y el sostén emocional, que no se busca solamente entre los iguales a pesar de ser adolescentes. Respecto de las condiciones mentales que acompañan a la adolescencia, la comparación de distintas fuentes, como Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, entre otras, se estima que 11 y 33% de los jóvenes de Latinoamérica y el Caribe refiere tener algún problema de salud mental, principalmente depresión y conductas suicidas. Paralelamente, numerosos autores han destacado la importancia de la familia como una fuente de recursos que permiten al adolescente afrontar con éxito los cambios asociados a esta etapa evolutiva, destacando entre estos recursos el apoyo social proporcionado por los padres. En efecto, en la mayoría de estas investigaciones se ha constatado la importancia del rol de los padres como fuente de apoyo en el ajuste emocional y conductual de los hijos (Pick y Vargas, 1990).

2.1.4. Pautas Educativas Inadecuadas

Muchas de las pautas educativas inadecuadas derivan de los roles de género, que son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia, equivalen a lo que se espera que haga un individuo en determinado contexto. Tradicionalmente los roles de padre y madre han sido marcadamente diferenciados por las funciones que cumplen entre otros, el manejo de la casa, el cuidado de los hijos, el control de los hijos y el sustento económico se asignan de acuerdo al sexo. Estos roles y la demarcación de estos se convierten en un factor de riesgo en el desarrollo del adolescente, ya que estos roles de forma indirecta enseñan a las niñas y niños, adolescentes como deben comportarse, con que problemas identificarse, que situaciones deben ser agradables en función de su sexo biológico. Chilman (citado por Vargas y Barrera, 2002), plantea que, de manera directa o indirecta, prácticamente toda actividad y relación dentro de la familia transmite a los adolescentes mensajes relacionados con la sexualidad en términos de los roles de género y sus funciones, sentimientos y valores sexuales y estilos de relación interpersonal.

Por otro lado, muchas veces la cultura termina siendo predominante ante la educación brindada a las niñas y adolescentes en diferentes situaciones de desarrollo, además de que en la transmisión de la cultura se transfieren también los roles estereotipados femeninos y masculinos que inciden en el desarrollo educativo en la adolescencia, y puede significar un factor de riesgo en situaciones como lo es un embarazo adolescente o embarazo no deseado. Esta misma cultura estereotipada genera pensamientos y creencias frente a las relaciones sexuales y más aún frente a un embarazo.

Las situaciones de riesgo que generan muchas veces los factores familiares, están vinculados al tipo de educación que brinda no solo padres a hijos, sino también la misma sociedad donde el adolescente se desenvuelve.

2.1.5. Relaciones de Pareja

Ya mencionado anteriormente en las diferentes etapas de la adolescencia las relaciones afectivas de pareja cumplen diferentes necesidades de acuerdo a la etapa, primero de búsqueda de satisfacción de afecto, de experiencias ligadas al egocentrismo y la percepción del grupo de pares; posteriormente a relaciones de más intimidad emocional.

Es importante aclarar que aunque las relaciones de pareja de los adolescentes no tienen las mismas características de las relaciones de pareja adultas, esto no significa que no sean experiencias vitales significativas. De hecho, lo que se ha observado es que las relaciones de pareja constituyen

eventos cruciales en la vida de los seres humanos (Martínez, 1997), que favorecen el proceso de individualización de los adolescentes y la consolidación de su identidad sexual y que ayudan a que los adolescentes establezcan de manera exitosa su autonomía. Contrariamente a lo que popularmente se cree, el interés principal de los jóvenes en sus primeras relaciones románticas no es satisfacer necesidades sexuales, sino encontrar quiénes son, qué tan atractivos resultan para el otro sexo, aprender a interactuar en una relación de pareja y ganar estatus en su grupo de pares. Solo cuando el adolescente ha logrado desarrollar ciertas habilidades para interactuar con una pareja, su interés se amplía hacia la satisfacción de necesidades de intimidad y afiliación.

2.2. Factores Ambientales / Contextuales

Los factores ambientales / contextuales, se encuentran estrechamente relacionados con el desarrollo social de los adolescentes, actores externos que de alguna manera influyen en la vida del adolescente en cada etapa. El avance tecnológico se ha convertido en una fuente de influencia social, es la televisión y la brecha tecnológica antes mencionada. La evidencia empírica, proporcionada por diversas disciplinas y diferentes enfoques teóricos, permite afirmar que la televisión, como la familia, las instituciones educativas, los grupos de pares y otros medios de comunicación masiva, son parte del proceso mediante el cual los individuos aprenden a comportarse en sociedad. Así, la televisión, el internet, cumplen una función socializadora al mostrar patrones culturales y normas sociales, las cuales el individuo internaliza si no median, de forma adecuada, otros agentes socializadores. Desde la perspectiva de la teoría del Aprendizaje Social los medios masivos de comunicación, en especial la televisión y las redes sociales en conjunto con el acceso a internet, constituyen una herramienta que suministra modelos para que las personas, y en especial los niños y los adolescentes, los imiten. Debemos aclarar que el acceso a estos medios no conlleva a que las personas se comporten de una forma u otra, sin embargo, sí las provee de ideas acerca de cuál es el comportamiento apropiado para una determinada situación (Martínez y Fuentes, 1999). Por otro lado existen otros factores ambientales que y que son parte del contexto del desarrollo, que influyen en determinadas situaciones en la vida de los adolescentes.

2.2.1. La pobreza como factor económico de vulnerabilidad

El factor económico, se convierte en un detonante para agravar situaciones como el embarazo no deseado en adolescentes, ya que la pobreza implica muchas veces limitado acceso a educación y salud, lo que incrementa en gran medida la situación de vulnerabilidad de las adolescentes, CEPAL en su informe Panorama Social de América Latina (2014) siguiendo un método de medición de privaciones múltiples, desarrollado en el marco de un proyecto conjunto con UNICEF-LACRO, mencionan que entre los países con mayor pobreza infantil entre niños y adolescentes se encuentran

Bolivia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú. Estas cifras resultan alarmantes para el contexto nacional ya que, en ocasiones las adolescentes que se enfrentan a un embarazo, deben recurrir a la deserción escolar, o al comercio informal para generar ingresos; además también puede acarrear consecuencias como la inducción de un aborto en situaciones críticas, e ilegales que podrían deteriorar de forma permanente su salud o incluso llevarlas a la muerte.

Muchos de los embarazos adolescentes ocurren por efectos de la baja educación, la poca efectividad en información sobre la educación sexual y reproductiva, el uso inadecuado de métodos de control natal y el matrimonio o unión libre a temprana edad. Por otra parte, la pobreza vuelve más vulnerables a las adolescentes a tener embarazos no deseados, generalmente porque es una limitante para tener más conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos, tener que estudiar en escuelas de baja calidad educativa, y se unan más rápido para vivir en pareja.

2.2.2. Grupo de pares

La escuela se constituye como un agente educativo y de socialización prioritario. En la escuela, el grupo de compañeros proporciona al adolescente ayuda para definir y consolidar su identidad, comparten problemas, sentimientos y emociones, ayuda a satisfacer necesidades sociales, tales como afecto, seguridad, estima; pero el grupo también ejerce influencia negativa en los adolescentes porque pueden aprender conductas antisociales o situaciones de riesgo. En este sentido es que el grupo de amigos es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses (Hurlock, 1980).

La influencia del grupo de compañeros es uno de los factores sociales que influyen en las relaciones románticas, los amigos constituyen una poderosa fuente de influencia. Cuando las actividades de ese grupo se dirigen a la interacción con personas del otro sexo en diferentes contextos, los adolescentes se incorporan progresivamente en las relaciones románticas y de pareja. En el campo de la psicología social los estudios han mostrado la gran influencia que tiene el grupo sobre el comportamiento de sus miembros y la forma como las personas tienden a adaptarse a las normas que se establecen en los grupos a los cuales pertenecen (Montero, 2011).

Una encuesta sobre sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud de los adolescentes realizada en Colombia (Ordoñez, 1994) señala que el 4.5% de las mujeres y el 2.4% de los hombres reconocen haber tenido la primera relación sexual por la presión de su pareja, y que los hombres sintieron más la presión de los amigos (4.1%) que las mujeres (0.5%). Sin embargo, investigadores como Small y Luster (citado por Ordoñez, 1994) plantean que la actividad sexual está más relacionada

con la percepción que tienen los adolescentes de las normas del grupo de amigos con respecto a la actividad sexual durante la adolescencia que con lo que realmente hacen sus amigos con su vida sexual. Además, el grupo de pares puede ejercer influencia en la elección de la pareja romántica, en las expectativas que se tengan de la relación y en el comportamiento que se considera apropiado en una relación de éste tipo. Se concluye que la mayor integración al grupo de pares parece asociarse a una mayor iniciación de las relaciones sexuales en el adolescente.

2.2.3. Educación Sexual

Sin duda la educación sexual es una de los factores contextuales más importantes, al momento de referirse a un embarazo no deseado; no solo involucra el acceso a la educación, sino a su forma de acceso, y el nivel general la cultura de determinado espacio geográfico, donde se transfiere de forma consciente e inconsciente las normas morales, éticas sobre la educación sexual que muchas veces son confusas en diferentes culturas. Para referir que es educación sexual y sexualidad en los/las adolescentes es necesario entender que es sexualidad y que es salud sexual y reproductiva. La sexualidad en general es considerada como una construcción social, relacionada con las múltiples e intrincadas maneras en que nuestras emociones, deseos y relaciones se expresan en la sociedad en que vivimos, donde los aspectos biológicos condicionan en parte esta sexualidad (Santana et., al., 2006). El concepto de salud sexual se relaciona con la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor. Tiene vinculación con la capacidad que tenemos mujeres y hombres de disfrutar y expresar nuestra sexualidad, sin coerción, violencia ni discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones transmitidas sexualmente ni de tener embarazos no planificados o no deseados.

Según la UNESCO, (citado en CEPAL, 2014), la educación integral en sexualidad empodera a los jóvenes al mejorar sus capacidades de análisis, de comunicación y otras capacidades útiles para la vida con miras a garantizar la salud y el bienestar en términos de sexualidad, derechos humanos, valores, relaciones sanas y respetuosas, normas culturales y sociales, igualdad de sexos, no discriminación, conducta sexual, violencia y violencia de género, consentimiento, abuso sexual y prácticas negativas.

El retroceso que sufre Latinoamérica en materia de educación sexual puede agravar la desigualdad económica y perpetuar la pobreza de muchas adolescentes de la región, ya que los embarazos no deseados entorpecen su incorporación al mundo laboral, según el Fondo de Población de la ONU. El director para Latinoamérica, Esteban Caballero, menciona que en los últimos años está experimentando un retroceso en materia de educación sexual. Esta involución se explica

principalmente por el auge del conservadurismo ideológico y de ciertas creencias religiosas, así como por la crisis económica. Menciona: "Nunca ha habido mucha educación sexual en la región, pero ahora, la poca que hay, genera más controversia y polarización que antes. Las iglesias y el pensamiento que tienen varias de ellas influye mucho en la opinión pública y en la visión que tiene la población sobre la educación sexual" (Efe Latinoamérica, 2013).

Lamentablemente eliminar la educación sexual en las escuelas agrava el problema, ya que hay más espacios donde los niños y adolescentes pueden aprender, como las redes sociales, la televisión o internet, donde la información no está controlada, y la información no es verificada. Una de las características de la región es la dificultad de aceptar que los adolescentes tienen sexualidad.

La otra razón que explica el retroceso en salud sexual y reproductiva es la crisis económica que ha empujado a miles de personas al trabajo informal, ha reducido la recaudación tributaria y, por tanto, la inversión en programas sociales. Un informe revela que el 30 % de las latinoamericanas entre 15 y 49 años no tiene acceso a métodos anticonceptivos modernos y que, por tanto, no pueden decidir cuándo y con qué frecuencia ser madres. El acceso a los servicios sexuales y reproductivos es un factor que pueda empobrecer o aligerar la economía de una familia o de una persona, según menciona Caballero⁴ (Efe Latinoamérica, 2013).

La falta de control sobre su vida reproductiva tiene grandes repercusiones en la vida laboral de las mujeres, ya que restringe su acceso a la educación, retrasa su incorporación al trabajo remunerado y reduce sus ingresos (Muñoz, 2017).

Los estudios que pretenden establecer la asociación entre lo que los padres les enseñan a sus hijos respecto a la sexualidad y su actividad sexual resultan ser simplistas cuando sólo se centran en la comunicación acerca de los temas como el coito, la reproducción o la anticoncepción. En cambio, no es simplista la investigación que ha abordado la calidad de las relaciones en la familia de origen y ha demostrado que sí juega un papel importante en la configuración de las diferencias individuales en las relaciones románticas de los adolescentes. En la revisión de Gray y Steinberg (citado por Santana et., al., 2006) se concede particular atención a dos aspectos familiares: la percepción que tienen los hijos la calidad de la relación marital de sus padres y el apoyo parental. En cuanto a la relación marital, según la revisión de estudios se ha demostrado que las relaciones maritales de los padres influyen sobre el establecimiento y el mantenimiento de relaciones con los compañeros, los comportamientos románticos y las actitudes en la adolescencia, la forma como los hijos manejan sus propios conflictos con los padres y con los compañeros románticos, la capacidad para escuchar y

⁴ Esteban Caballero Director para Latinoamérica para el Fondo de Población de la ONU.

considerar el punto de vista de éstos en la adolescencia tardía y su interpretación sobre la forma como se debe manejar el conflicto y las emociones negativas en las relaciones románticas. En relación con los mecanismos por los cuales la calidad marital influye sobre las interacciones románticas de los adolescentes. La calidad de las relaciones de pareja influiría sobre la calidad del rol paterno; ésta a su vez tendría consecuencias sobre el comportamiento del adolescente.

En estos mismos estudios, se encontró que la calidez y el involucramiento de los padres reducen significativamente el riesgo de que los adolescentes se vinculen con grupos de influencia negativa y asuman conductas sexuales de riesgo.

En cuanto a la relación que existe entre la actividad sexual durante la adolescencia y el estilo parental autoritativo, la evidencia plantea que los hijos de familias autoritativas tienen más oportunidades de tomar decisiones con la guía cuidadosa de sus padres y, por lo tanto, están probablemente más preparados para ser asertivos y tomar decisiones responsables respecto a su actividad sexual (Wolf, Valenzuela, Estefan y Zapata, 2009). Esos padres ejercen un sano balance de apoyo y exigencias de autonomía, se plantea que la supervisión de las actividades de los adolescentes se ha asociado consistentemente con un buen ajuste psicológico, el cual es un predictor importante de la demora en la iniciación de la actividad sexual y de comportamientos sexuales de menor riesgo. Un nivel alto de supervisión por parte de los padres, se ha asociado, en algunas investigaciones, con una menor actividad sexual y riesgo de embarazo. Las actitudes de los padres hacia las relaciones sexuales prematrimoniales constituyen una variable que también se ha asociado con la actividad sexual temprana. Según Small y Luster (citado por Wolf, et., al., 2009), también encontraron que un factor de riesgo muy fuerte para el inicio precoz de actividad sexual es la percepción que tienen los adolescentes de valores permisivos frente a la actividad sexual por parte de sus padres. Es decir, los adolescentes que percibían que sus padres aceptaban las relaciones prematrimoniales durante la adolescencia tendían a tener más experiencia sexual.

Un aspecto que es importante considerar al tratar de comprender la actividad sexual de los adolescentes es el significado que tiene para las personas involucradas. Moore y Rosenthal (citado por Herrera, 1999) plantean que los hombres y las mujeres le atribuyen un significado distinto a la actividad sexual genital, el cual no sólo influye en su comportamiento sino que juega un papel importante en su salud sexual y reproductiva. En efecto, mientras los hombres reconocen que para ellos la primera relación sexual constituyó un episodio sin mayor trascendencia, las mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue por amor con alguien que era importante emocionalmente. No obstante, tanto hombres como mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue espontánea y no planeada (Vargas y Barrera, 2002). Este mismo estudio sugiere que una casa sola y con poca

supervisión proporciona la oportunidad ideal para que los adolescentes se involucren en actividades sexuales.

En síntesis, según la hipótesis mediacional sería la mayor o menor calidad de las relaciones familiares la que configuraría los recursos de apoyo percibido del hijo, los que a su vez influirían en los en ciertas problemáticas como los embarazos no deseados.

2.3. Factor Individuales

Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. Según Peñafiel (citado por Gaete, p. 436-443, 2015) se identifican:

- La edad relacionada estrechamente al desarrollo y etapas de la adolescencia⁵, que por los cambios fisiológicos, psicológicos y socioculturales que se producen en la adolescencia y la forma personal en que cada sujeto asimile dichos cambios determinará el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía, actuando así como factores de riesgo o como factores de protección.
- Actitudes, creencias y valores - En numerosas investigaciones, elementos como las actitudes, las creencias y los valores, se han mostrado como predictores fiables de la conducta de riesgo. Este factor está vinculado con los factores ambientales y contextuales ya que de ellos influye y se configura las creencias, valores en la personalidad del adolescente. Algunas actitudes, creencias y valores que actúan como factores de protección, son la religiosidad, el grado de satisfacción personal respecto a la vida y las actitudes positivas hacia la salud, entre otras.
- La percepción del riesgo - Como bien se mencionó anteriormente, el adolescente en las etapas de desarrollo tiene la sensación de que aquellas situaciones de riesgo no le ocurrirían a él o ella. Lo que los mantiene en vulnerabilidad. A ello también se relaciona, el poco o equivocado conocimiento sobre salud sexual reproductiva, métodos de anticoncepción, abortos clandestinos entre otras causas que podrían comprometer su integridad (Álvarez y Jurguenson, 2003). Por ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.
- Habilidades sociales - Son capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos.

⁵ Adolescencia Media y Tardía (Gaete,2015)

- Autoconcepto y autoestima - Son dos conceptos que están íntimamente relacionados. El primero hace referencia a la imagen que cada persona tiene de sí misma y es el resultado de la suma, tanto de la percepción del sujeto sobre sí mismo como de la de los demás sobre él; el segundo hace referencia a la valoración que damos a esta imagen de nosotros mismos. Las investigaciones muestran que los jóvenes con baja autoestima son más vulnerables a la presión de los pares para realizar comportamientos de riesgo (Krauskopf, 1999). Es importante tener en cuenta que autoconcepto y autoestima pueden variar según el área o dominio del que se hable. Es decir, una persona puede tener una valoración positiva de sí misma en el área relacional, con sus iguales, pero negativa en el área escolar o familiar.

En investigaciones de Miller y Moore (1990) plantean que la forma como la autoestima influye en el comportamiento sexual, o cómo éste influye en la autoestima, parece depender básicamente del contexto normativo en el que se encuentran los adolescentes (Krauskopf, 1999).

- Autocontrol - El autocontrol es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos. Está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que según dice Valles «una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan» (citado por Gaete, 2015).
- Tolerancia a la frustración - La frustración es un fenómeno natural en la vida de cualquier ser humano, que surge cuando nos enfrentamos a un impedimento o bloqueo. A lo largo del proceso de desarrollo de la personalidad, las personas aprenden a postergar la gratificación de sus necesidades, de tal forma que son capaces de asumir una cierta dosis de frustración. Algunas personas, incapaces de tolerar la frustración, requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, en los cambios que surgen en la adolescencia, las situaciones y experiencias nuevas que se viven dentro de la familia, la escuela y con el grupo de pares, la poca tolerancia a la frustración impulsara conductas y situaciones de riesgo; en el caso específico del inicio de actividad sexual, puede involucrar el poco conocimiento sobre educación sexual, una búsqueda afectiva en la pareja, e incluso idealizaciones de una vida familiar visto desde un enfoque romántico idealista (Turbi y Lloria, 2005).

3. Depresión

Se emplea la palabra depresión en muy diversos sentidos: para describir el ánimo, un síntoma, un síndrome como asimismo para designar un grupo específico de enfermedades. Según Sarason

(2006, p. 333) el término depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos.

El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz. Por otro lado, Vallejo (2015) en su libro “Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría” nos dice que el término de depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa unos procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida de impulso vital, y como enfermedad, se observa como un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico.

Entonces cuando nos referimos a la depresión se refiere según (Díaz, et., al., 2006): “Un estado de ánimo negativo, deprimido que provoca cambios en el sujeto respecto a su entorno, esto puede ser provocado por situaciones por las que la persona está pasando pero que conlleva a un deterioro en su vida personal y social (p. 401).

3.1. Factores de Vulnerabilidad de la Depresión

Sarason en su obra Psicopatología. Psicología Anormal” (Sarason y Sarason, 2006) cita a diversos autores y nos dice que, la probabilidad de que una persona pueda desarrollar un trastorno en particular se relaciona con los factores de riesgo en el ambiente, la vulnerabilidad biológica de esa persona y la presencia o ausencia de factores que promuevan la resiliencia. Con todo esto Sarason (2006, p. 334 - 336), identifica lo siguiente:

- La herencia
- La edad
- Los eventos de vida negativos
- La falta de apoyo social

3.2. Síntomas

Muchos autores hacen referencia a los síntomas presentes en una depresión, en este trabajo tomaremos en cuenta a tres autores que son: Vidal y Alarcón en su obra “Psiquiatría”, Belloch, Sandín y Ramos en su libro “Manual de Psicopatología Volumen II” y a Mendels en su obra “La Depresión”.

Según Vidal y Alarcón (Belloch et., al., 2002, p. 341) el diagnóstico de depresión se asienta, fundamentalmente:

- Tristeza Patológica
- Desgana y Anhedonia
- Ansiedad
- Alteraciones del pensamiento
- Alteraciones somáticas
- Alteraciones del comportamiento
- Alteraciones de los ritmos biológicos
- Perturbaciones del Sueño
- Dolores y malestares
- Pérdida de la Libido
- Síntomas anímicos
- Síntomas motivacionales y conductuales
- Síntomas interpersonales

3.3. Depresión en el Adolescente

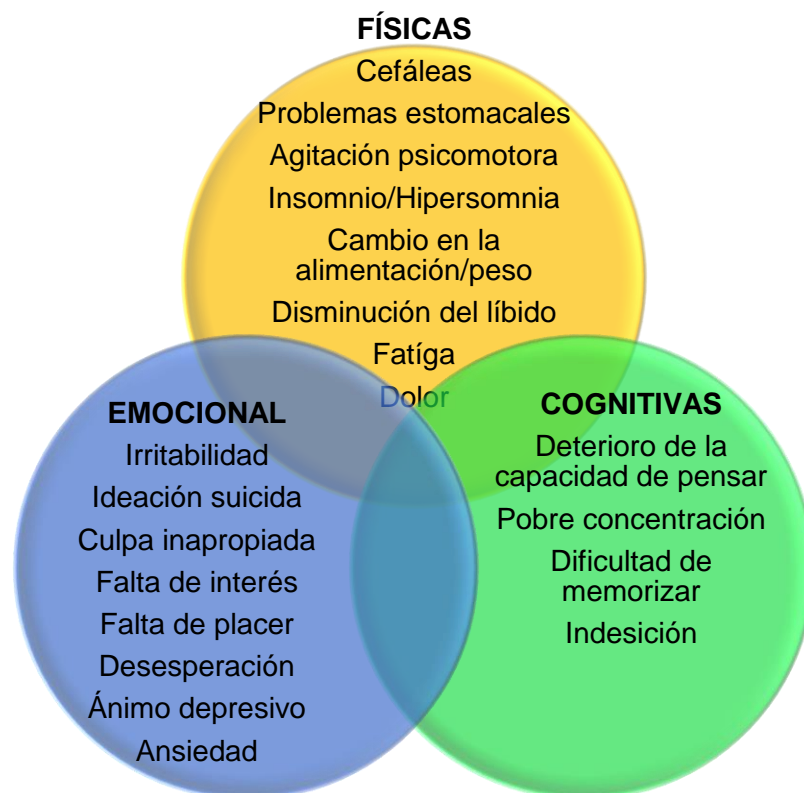
La adolescencia ya mencionada, es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos psicológicos. Sin embargo, la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no sólo se manifestaría en problemas emocionales o conductuales (Rojas., et., al., 2003), sino que también puede afectar la salud física del adolescente, dentro del rango de problemas menores de salud más comunes en esta etapa de desarrollo.

La depresión en adolescentes abarca un espectro amplio de sintomatología, que va desde lo subsindromático hasta lo sindromático. Para establecer el diagnóstico, el adolescente debe presentar por lo menos durante 2 semanas: a) cambios persistentes en el estado de ánimo o b) pérdida de interés en actividades placenteras practicadas de forma cotidiana. Sumado a otra gran variedad de síntomas como aumento o incremento en el apetito, en el sueño, disminución de la energía, ideas de muerte o

suicidas, considerando también los intentos suicidas, estos síntomas deben representar un cambio significativo del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad⁶.

La adolescencia sería un período fundamental con respecto a la salud, puesto que la forma en que se lleva a cabo la transición de la niñez a la adolescencia y a la adultez joven tendría importantes implicaciones para el desarrollo de las conductas de salud y el inicio de diversos problemas de salud que pueden afectar al individuo a través del resto de la vida (Wolf et., al., 2009). Y tanto en la adolescencia como en cualquier etapa del desarrollo humano, la depresión afecta las tres esferas en la vida del ser humano.

Cuadro N° 3: Las esferas afectadas en la depresión



Fuente: *Elaboracion propia. Esferas donde afecta la depresión, sacado del articulo Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento del boletín de la Academia Nacional de Medicina de México (2017).*

⁶ Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México

3.3.1. Depresión en adolescentes embarazadas

Se confirma que el deseo de un hijo y de un embarazo son dos elecciones distintas, tal como lo señala Castrillón (citado por Wolf et., al., 2009), el embarazo es una tentativa mediante la cual la adolescente trata de dar resolución a una serie de conflictos psíquicos. Ambos se pueden dar de forma simultánea o independiente, cuando hay un deseo de embarazo es este estado el que cumple con una función respecto a la resolución del conflicto interno de la adolescente, a diferencia del deseo de un hijo, que aunque no sea explícito, una vez que nace, la adolescente se asume como madre, y es con el hijo con quien se intenta resolver la falta subjetiva.

Los factores de riesgo asociados a la depresión gestacional pueden ser biológicos o psicosociales. Dentro de los factores biológicos se encuentran los antecedentes por parte de la mujer de desórdenes del estado ánimo, desórdenes de ansiedad, depresión postnatal, desorden disfórico premenstrual y enfermedad psiquiátrica familiar. Dentro de los factores de riesgo psicosociales se encuentran: historia de abuso durante la infancia, edad temprana del embarazo, embarazo no planificado, ambivalencia de sentimientos en relación al embarazo, maternidad soltera, paridad, limitado apoyo social el cual no es unidimensional sino multidimensional, ya que involucra diversos aspectos referidos al apoyo, como apoyo emocional afectivo y las relaciones sociales de la persona, violencia doméstica o conflictos de pareja, bajos niveles de educación y desempleo

El embarazo adolescente se ha asociado a bajo nivel socioeconómico y educacional, inicio precoz de la actividad sexual y a psicopatología, tal como la depresión. Asimismo, se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de morbilidad obstétrica, más probabilidad de deserción escolar, inactividad laboral y dependencia económica y a establecer vínculos de apego inseguros con sus hijos. Éstos, en tanto, estarían más expuestos a la morbilidad perinatal y neonatal, a la prematura y bajo peso al nacer, al abuso y/o negligencia parental y a problemas conductuales y de rendimiento desde la etapa preescolar.

El embarazo adolescente es un importante problema de Salud Pública, que incide directamente en la posibilidad de las jóvenes de completar a cabalidad las tareas de la adolescencia y de asumir los desafíos que implica el embarazo y el nacimiento de un hijo.

3.3.2. Causas y consecuencias de la Depresión Post Parto en Adolescentes

El embarazo en esta etapa de la vida se asocia a consecuencias biológicas, psicológicas y sociales negativas tanto para la madre como para el hijo; siendo la depresión posparto Field y Col. (citado por Salazar, Ugarte, Vásquez y Loaiza, 2004) encontraron que las madres con síntomas depresivos durante el embarazo tuvieron mayores niveles de cortisol y menores niveles de dopamina y

serotonina. Asimismo, encontraron que dichas madres tuvieron más riesgo de parto prematuro y de tener un neonato con bajo peso. Por otro lado, se encontraron que la depresión antenatal se asociaba con una disminución en la formación de lazos entre madre-hijo y que podía predecir problemas cognitivos, emocionales y comportamentales, así como:

- Los eventos vitales estresantes en los 12 meses previos al parto, el estilo de apego inseguro, la falta de apoyo emocional y financiero por parte de la pareja o familia, el abandono de la pareja, se han identificado como factores psicosociales asociados a la depresión post parto. Además del embarazo no planificado o no deseado, la ideación o intento de aborto, los abortos espontáneos previos, los embarazos complicados o de alto riesgo, un bebé del sexo no deseado, o con alguna malformación congénita, y el no dar lactancia materna son factores gineco-obstétricos identificados como factores de riesgo.
- La depresión post parto se ha asociado también a varios efectos a corto y largo plazo sobre la interacción entre la madre y el niño. Existiría mayor interrupción de la lactancia materna exclusiva, menor desarrollo de las habilidades maternas y posibilidades de interacciones positivas entre la diada madre-hijo, así como más problemas cognitivos-conductuales en el niño.
- En cuanto a la edad, los estudios concluyeron que ser adolescente era un factor de riesgo independiente para sufrir depresión post parto.
- Respecto a los factores psicosociales, se encontró que el principal factor predictor de era el percibirse como estresada. Lesser y Koniak-Griffin (citado por Gaete, 2015) encontraron que tener antecedentes de abuso físico y/o sexual en la infancia, predecía en forma estadísticamente significativa la aparición de DPP entre las madres adolescentes.
- Respecto al apoyo social, se concluyó que recibir apoyo social por parte de la propia madre del y/o padre del bebé constituía un factor protector para evitar la depresión post parto en adolescentes, mientras los conflictos con el progenitor del niño constituían un factor de riesgo.

En cuanto a las consecuencias, Barnett (citado por Barrantes, A., Jiménez, M., Rojas, B., y Vargas, A., 2003) en un estudio prospectivo, se observó que las jóvenes deprimidas tenían un riesgo relativo en relación a las no deprimidas de presentar un segundo embarazo entre los 12 y 24 meses posparto.

Un estudio mostró que del total de mujeres con depresión post parto, tan solo 30% pensaba que podía estar sufriendo un episodio depresivo, y 80% no había consultado al equipo de salud por su sintomatología. Entre las madres adolescentes la DPP también suele pasar desapercibida, y las barreras para la identificación y tratamiento en ellas han sido prácticamente inexploradas.

Es muy importante indagar respecto al origen de los síntomas. Es útil discriminar la fatiga física de la emocional. Ya que, en el caso de las jóvenes, los síntomas depresivos suelen acompañarse con los cambios físicos, psicológicos y sociales.

4. Embarazo adolescente

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la Madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud como el Lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya Alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la Maternidad (Wolf, et., al., 2009).

Los estudios realizados por Leal, Luttgés y Troncoso (citado por Barrantes et., al., 2003 p. 92-101), nos demuestran que las adolescentes menores de 15 años tienen mayor riesgo biológico y psicosocial ante un embarazo y que el inicio sexual temprano se asocia a factores de vulnerabilidad. En un estudio sobre embarazo adolescente señalan que el 44% de las mujeres embarazadas quiso evitar el embarazo, pero menos de 1/3 de ellas usó un método anticonceptivo seguro y eficaz; el resto utilizó métodos tradicionales o no utilizó método alguno.

El sostén familiar y social también incide en el embarazo adolescente, a mayor involucramiento familiar en la vida de los/las hijos/as adolescentes y mejor interconectividad social con sus pares, menor incidencia de embarazo o conductas sexuales de riesgo. Se conoce que el embarazo en la adolescencia es uno de los principales problemas en la sociedad, que genera un alto impacto psicológico, económico y social en el joven y la familia que lo experimenta (Rendón, 1995).

En los momentos actuales, la evidencia permite reconocer que los cambios hormonales asociados a los ciclos reproductivos incrementan el riesgo de padecer algún trastorno del estado de ánimo y en especial el trastorno depresivo. El embarazo, uno de los eventos de mayor significancia en cuanto a cambios hormonales, representa un periodo de vulnerabilidad para la presentación o la recurrencia de un trastorno depresivo. Algunas mujeres experimentan su primer episodio depresivo durante el embarazo mientras que otras, que cuentan con antecedentes depresivos, están en riesgo incrementado para una recurrencia, continuación o exacerbación de dicho trastorno.

4.1. Causas y consecuencias del Embarazo Adolescente

Las causas desencadenantes de embarazo en adolescentes Angulo (citado por Barrantes et., al., 2003), es la falta de políticas públicas y de disponibilidad de recursos para la atención en salud reproductiva, sin embargo, se evidencia que donde se cuenta con la presencia de programas de educación, también se presenta el embarazo adolescente, en un alto porcentaje, el cual está ligado a

factores como pobreza, bajo nivel de educación, baja interacción con los padres, estrato socioeconómico, y proyección de vida del adolescente entre otros factores psicosociales estudiados en la presente investigación.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional y numerosa. Se deben examinar muchos factores, además de la causa principal que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas, y en ello intervienen distintos factores, educaciones, ambientales, culturales e incluso familiares (Wolf, et., al., 2009).

Hay que tomar en cuenta que los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros. Creciendo rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentes mensajes, manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales son comunes, aceptadas y, a veces esperadas.

Para la madre adolescente, entre las consecuencias de un embarazo no deseado se encuentran el aborto ilegal, el aumento de la mortalidad materna, la deserción escolar, el desempleo, y un mayor riesgo de divorcio y trastornos mentales. Para el hijo de la madre adolescente existe mayor riesgo de muerte, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento y desarrollo, y maltrato físico.

4.2. Embarazo Adolescente en Latinoamérica

La proporción de recién nacidos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando, en la mayoría de los países de América Latina, con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad. La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerarse como un fenómeno social. Las carencias nutricionales, el mal manejo de la sexualidad y la escasa integridad o continencia de los roles familiares, son factores predominantes sobre todo en los grupos de bajos recursos económicos o marginados (Rodríguez y Sucño, 2016).

Los países latinoamericanos en que aún se mantienen altos índices de pobreza, la prevalencia de los embarazos en niñas adolescentes pasa a ser un serio problema social. Las evidencias empíricas han demostrado que los programas de educación sexual no han sido lo suficientemente eficaces como para disminuir significativamente tales tendencias, puesto que, en comparación con otras regiones, América Latina sobresale por las altas tasas de fecundidad adolescente, las bajas frecuentes en el uso de los preservativos y el incremento de jóvenes con VIH y el bajo conocimiento sobre el Sida.

En un estudio Campero (citado por Ramos, 2016), señala que las altas tasas de embarazo adolescente en América Latina son resultado de una multiplicidad de condicionantes sociales, económicas y culturales, incluyendo un bajo nivel educativo y limitadas alternativas de desarrollo femenino, ligados a su vez a prácticas reproductivas no siempre compatibles con el desarrollo profesional. Mientras que para Rodríguez, Muñoz y Sánchez sobre conocimientos de sexualidad en adolescentes (2016), destaca que la mayoría de los adolescentes presentan un déficit de conocimientos relacionados con ITS y métodos anticonceptivos, al igual que presentan conductas sexuales de riesgo.

La problemática del embarazo en la adolescencia afecta a varias regiones del mundo; el incremento de riesgos, incluyendo los abortos en este grupo poblacional, es superior al de todas las mujeres en edades reproductivas, y continúa cobrando efectos muy desfavorables en la salud sexual, los que pueden ser irreversibles, al dejar consecuencias inmediatas como la muerte materna, y secuelas como la necesidad de realizar una histerectomía en edades tan precoces.

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años de edad, ya que es la causa principal de mortalidad de las adolescentes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo (OPS, 2000). El embarazo no deseado en un adolescente es un problema social cada vez más frecuente a nivel mundial.

4.2.1. Embarazo Adolescente en Bolivia

La cultura en la realidad boliviana, no adopta una actitud abierta y comprensiva respecto al sexo, dominan los mitos y temores. Aunado a esto, la deficiente educación escolar sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos y muchas veces la información errónea que se tiene sobre este aspecto. En los sectores con fuertes carencias económicas, ocurre que la gente se ve imposibilitada de comprar cualquier clase de preservativo u otros métodos para evitar el embarazo, y si a esto le sumamos el hecho de que generalmente por estos problemas no asiste a la escuela, como puede entonces existir una cultura o educación sexual en estos grupos sociales. Asimismo un embarazo a temprana edad puede tener diferentes consecuencias como

- Consecuencias Físicas: causa anemia, partos complicados, aborto o expulsión del feto antes de completar su crecimiento y en los casos extremos, pérdida de la vida.
- Consecuencias Psicológicas: Frustración y depresión, producidas por la limitación de no poder seguir una vida normal, acorde con la edad; sentimiento de culpa y autoestima baja.
- Consecuencias Sociales: Rechazo de las personas, problemas familiares, deserción escolar, dificultad para conseguir empleo, y matrimonio precoz. Los abortos y los nacimientos en edades

muy tempranas implican, consecuencias sociales, medicas, y emocionales indiscutibles, que privan a los adolescentes de la realización de sus aspiraciones y desarrollo a sus bebés.

El informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2014), la mayoría de estas jóvenes pertenece a los niveles socio - económicos más desfavorecidos, lo que fomenta la reproducción intergeneracional de la pobreza y compromete la autonomía de las mujeres para emprender sus proyectos de vida. En Bolivia el aumento de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años, subió de 18% en 2008 a 25% en 2011, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (citado en CEPAL, 2014).

4.3. Embarazo y Covid-19

Se ha hecho necesario incluir en la investigación un apartado relacionado a la situación de la pandemia que afecta a la población mundial desde su declaratoria en marzo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013). Ya que por la situación pandémica se tuvo que reestructurar algunas situaciones para llevar a cabo la investigación.

Se conoce con los sondeos realizados a nivel internacional y nacional que los embarazos en adolescentes se han incrementado en una forma alarmante, muchos de ellos a causa del confinamiento que ocurrió en varios países a nivel mundial, no siendo Bolivia la excepción.

En el mundo se estima que el 11% de todos los nacimientos se produce en jóvenes de entre 15 y 19 años. En América Latina y el Caribe, esta cifra asciende al 19%, con importantes diferencias entre países. No es casual que este problema persista en una de las regiones con mayores niveles de desigualdad. Además de evidenciar las inequidades sanitarias y las enormes brechas en el acceso a servicios e insumos para la salud sexual y reproductiva, el embarazo adolescente pone de manifiesto las persistentes y marcadas diferencias económicas, sociales y educativas que no hacen sino dificultar una transición hacia la vida adulta que permita un pleno desarrollo personal, respetuoso con los derechos humanos (Abarzúa, 2020).

Desde que, el 11 de marzo pasado, la Organización Mundial de la Salud declarara la pandemia por coronavirus, esta realidad se ha tensionado. Los sistemas de salud se han visto obligados a reorganizar sus servicios, infraestructura, recursos humanos e insumos para concentrarse en dar respuesta a un nivel de demanda sin precedentes. Mucho se ha hablado sobre las consecuencias de la pandemia en nuestras vidas, nuestra economía y el futuro inmediato. Pero poco o nada se ha hablado de las consecuencias para la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes en América Latina. En este sentido, en el contexto actual de crisis sanitaria por Covid-19, la UNICEF (2020) identificó

al menos dos cuestiones clave que relacionan la pandemia con un posible aumento del embarazo adolescente en la región para Abarzúa (2020) ocurren las siguientes situaciones:

- **Menos acceso a los métodos anticonceptivos** - Desde la crisis sanitaria, los servicios de salud ambulatorios se han restringido notablemente. Los que han continuado abiertos han visto afectada la cadena de suministros, lo que deriva en una disminución de la disponibilidad de métodos anticonceptivos e insumos para la salud sexual y reproductiva. Lo anterior, inevitablemente, repercute en un aumento de los embarazos no buscados y en niñas y adolescente, en más infecciones por ETS, abortos inseguros y mayor morbilidad y mortalidad materna. En América Latina y el Caribe, las proyecciones de Naciones Unidas para inicios de 2020 estimaban que 19.720.000 mujeres no conseguían acceder métodos anticonceptivos modernos. Además, es importante tener en cuenta que la disponibilidad de estos productos en los sistemas de salud ya se producía de forma irregular y la necesidad insatisfecha en el acceso a los anticonceptivos era alta incluso antes de la pandemia (Martich, 2020). En este sentido, un estudio del Fondo de Población de Naciones Unidas estima que en América Latina podría retroceder en la situación de planificación familiar retroceda 27 años. En el caso específico de los y las adolescentes, a las barreras de acceso a los anticonceptivos tradicionales se agregan otras como los impedimentos legales para entregar anticonceptivos a menores de edad y cuestiones culturales.
- **Más exposición a violencia de género** - Una de las medidas más extensamente utilizada por los países para afrontar la crisis por la Covid-19 ha sido implementar medidas de confinamiento. Este tipo de estrategias tiende a aumentar la exposición a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intra-familiar, sobre todo si tenemos en cuenta que varios trabajos indican que la mayor parte de los agresores pertenece al círculo familiar y social cercano. Esta realidad pone de manifiesto que muchas mujeres, adolescentes y niñas pasan el confinamiento bajo el mismo techo que ellos.

Estos embarazos se han dado en gran magnitud a partir de violaciones sexuales dentro del entorno familiar. En los casos en que el embarazo no es producto de una violación, las trayectorias de vida de muchas madres adolescentes están marcadas por diferentes tipos de vulneración de su integridad sexual o de relaciones de desigualdad de poder (UNICEF, 2020).

La creciente cifras de datos de violencia sexual, física y psicológica, feminicidios e infanticidios, ha sido alarmante especialmente en regiones como Bolivia.

5. El Aborto

El aborto ha sido una práctica, que ha sido controversial desde que se tiene registro; su definición, la legislación y moral relacionadas con esta práctica ha cambiado de acuerdo al lugar y la cultura. A nivel de la discusión ética, religiosa y legal, el aborto se ha caracterizado por ser un tema que hasta la actualidad no ha podido encontrar un consenso.

De eso trata la Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe, publicación por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro y compilada por Silvina Ramos (2016). Los motivos asociados a la decisión de abortar son, en general, falta de condiciones económicas para la crianza de un hijo/a y el deseo de continuar con los proyectos de vida.

En contextos de ilegalidad y penalización, la realización de un aborto no implica necesariamente efectos psicológicos traumáticos o problemas en la salud mental de las mujeres. Sin embargo, generan altos montos de temor, incertidumbre y angustia. Existe una relación directa entre el origen del embarazo, las condiciones para la toma de la decisión, el acceso a un aborto seguro y los sentimientos postevento (Rojas, et., al., 2003).

Las adolescentes viven el proceso con ansiedad, tristeza, dudas y desamparo, intensificados por la falta de información, recursos, apoyo y orientación de sus familias y de los profesionales de la salud. En muchos casos suelen ocultar el embarazo a sus familias. Una vez que es descubierto, la decisión de interrumpirlo puede ser tomada incluso por parte de la familia.

5.1. Clasificación del aborto

El aborto para la situación médica se clasifica en dos, aborto espontaneo y aborto inducido.

Aborto espontáneo: “Es la interrupción involuntaria del embarazo en forma espontánea”⁷, ocurre de manera natural, es decir sin el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica, después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente. Cuya frecuencia se estima en alrededor del 15% de los embarazos. Este a su vez se puede dividir en diferentes cuadros como son:

- Amenaza de aborto: se presume amenaza de aborto cuando aparece flujo vaginal sanguinolento o una franca hemorragia durante la primera mitad del embarazo, se presenta en un 30%, de las mujeres que sangran al comienzo del embarazo aproximadamente la mitad aborta.

⁷ Diccionario médico, Dorland, 2006

- Aborto inevitable: El dolor y la hemorragia con dilatación cervical indican un aborto inminente y la expulsión del contenido uterino es inevitable de forma incompleta o completa.
- Aborto diferido: El huevo muerto in útero por diversas razones no es expulsado al exterior.
- Aborto infectado: Cuando el cuadro de aborto incompleto no es solucionado completamente son factibles las infecciones ascendentes.

Aborto inducido: “La interrupción del embarazo producida intencionalmente”⁸, se produce mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente. Esta forma de aborto puede ser por decisión de la gestante o por presión social, ósea, inducida por un tercero. Según la época de la gestación el aborto puede ser precoz, antes de las 12 semanas y tardío a las 12 semanas o más. También se considera aborto inducido las siguientes formas (Rojas, et., al., 2003):

- Aborto Eugénico: Es el que se hace con el fin de evitar la transmisión de taras.
- Aborto Terapéutico: Se entiende como la interrupción del embarazo cuando así lo exige la ciencia porque la mujer es incapaz de dar a luz un hijo sin poner en peligro su vida o su salud. En estas condiciones el aborto es permitido y constituye una indicación justificada para que el médico proceda en bien de la mujer embarazada.

5.2. Consecuencias del aborto

Se debe tener en cuenta que el aborto es cuatro veces más peligroso que el parto normal, no es fácil ni seguro, incluso aunque este legalizado en muchos países, hasta en clínicas bien acondicionadas, hay muertes; el aborto puede ocasionar muchas secuelas físicas, incluido el cáncer, y consecuencias psicológicas difíciles de curar como el riesgo de depresión, otras tenían probabilidades de sufrir alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio, cambios de personalidad, abortos reincidentes y pérdidas de placer en las relaciones sexuales (Barrantes, et., al., 2003). Las principales consecuencias que se podrían presentar después de la práctica de un aborto son: deterioro físico, problemas psicológicos e incluso la muerte. En las consecuencias físicas se pueden mencionar:

Complicaciones inmediatas:

- a) En el legrado o aspiración:
 - Laceración del cuello uterino por el uso de dilatadores.

⁸ Diccionario médico, Dorland, 2006

- Perforación del útero.
- Hemorragias uterinas.
- Infección uterina secundaria al aborto.

b) En el aborto por solución salina:

- Retención de la placenta y hemorragias.
- Mismas complicaciones que el legrado.
- Formación de adherencias.
- Infección y endometritis (inflamación del endometrio).
- Hemorragias abundantes.
- Intoxicación por retención de agua.
- Posible falla del funcionamiento del corazón y, consecuentemente, la muerte.
- Posible filtración de la solución salina al torrente circulatorio de la madre, con efectos mortales.
- Mayor peligro de muerte que en el legrado.

c) En la histerotomía o micro cesárea:

- Mismos riesgos y complicaciones que todo acto quirúrgico al interior del abdomen.
- Hemorragia.
- Infección.
- Peritonitis.
- Lesiones de vejiga o de uréteres.

d) Muerte segura del ser humano producto de la concepción independientemente del método empleado.

Complicaciones tardías - Pasadas dos o tres semanas del aborto o en presencia de otro embarazo:

a) Probable esterilidad, debido a que las trompas del útero tienen una estructura Frágil, la cual se desorganiza por la menor infección.

- b) Posibilidad de tener embarazos extrauterinos, puesto que después de un aborto las trompas de Falopio no están taponadas, sino que detienen el huevo.
- c) Probable apertura permanente del cuello uterino.
- d) Sinequias o adherencias entre las paredes uterinas puestas al vivo por el raspado.
- e) Si se realiza la histerotomía, un próximo embarazo resultaría más peligroso que después de una cesárea en su tiempo, porque el útero debe cortarse. Asimismo, pueden presentarse perforaciones uterinas, accidentes por administración de anestesia y hemorragias.
- f) La utilización de drogas como las prostaglandinas, sin intervención manual o instrumental, estimulan al útero a contraerse y a expulsar su contenido, afectando con esto otras muchas vísceras; quizá produzcan la migración de un cálculo biliar, la perforación de un apéndice o infarto cardiaco.

El factor psicológico quizá sea el más importante en cuanto a las consecuencias del aborto, puesto que conlleva la carga afectiva que es mucho más intensa que en cualquier otra pérdida, muy por encima del daño físico que pueda causarse la mujer misma por el aborto. Tal razón es precisamente la que motivó la realización de esta obra, debido a que la maternidad es una realidad maravillosamente completa y plena para la mujer. El simple hecho de negarla y arrebatarla a una madre genera gran cantidad de trastornos psicológicos entre ellos la depresión durante y post embarazo o aborto.

5.2.1. El síndrome post-aborto

Los investigadores están comenzando a utilizar el término síndrome posaborto para describir la incapacidad de la mujer para procesar su angustia o miedo, coraje, tristeza y culpabilidad alrededor de una experiencia de aborto. Podrían ocurrir algunas situaciones como:

- Un conflicto creado en la mujer entre su papel como madre y su papel en la destrucción de la vida de su hijo.
- Una negación de la pena. La mujer reprime el luto y el dolor que siente por su hijo abortado. Le falta el apoyo o aliento de la familia o amigos para la expresión de la tristeza o. el arrepentimiento.
- Falta una imagen concreta del niño para decirle adiós. Una condición que debilita tanto física como emocionalmente y que puede disminuir el funcionamiento y bienestar de la mujer ya sea en forma individual o social, o bien, dentro de su familia.

- El despertar de recuerdos reprimidos por la constante negación del aborto, que la mujer lleva consigo de manera consciente o inconsciente, o bien, por no querer recordar lo que le provocó tanto daño y dolor. Por ello, el despertar de dichos recuerdos se dará principalmente en el sueño a partir de trastornos en el sueño, pesadillas, insomnio

Además de presentar irritabilidad, explosiones de ira o coraje, sintiéndose engañada, por no haber recibido información completa o por haber sido utilizada y luego presionada a practicarse un aborto. Y más adelante podrá sentir que las mismas personas que la impulsaron al aborto le dan la espalda, la responsabilizan y la culpan de sus actos.

Por otro lado se pueden presentar dificultad para concentrarse, sobresaltos ante cualquier estímulo, sentimientos de culpa que puede llegar a ser crónico o agudo, y aparece cuando la mujer somete sus propios deseos y valores a los deseos de otros, llanto frecuente, ansiedad a través del miedo al castigo o a merecerlo. Las mujeres con síntomas de ansiedad muestran conductas paranoicas o temor a la muerte; lo manifiestan en un gran número de situaciones diversas.

Conductas mucho más graves que se presentarían son las conductas auto destructivas e intentos suicidas, además de un posible abuso del alcohol, drogas, disfunción y promiscuidad sexual e incluso trastornos alimenticios (Ramos, 2016).

5.3. Datos en Bolivia

El aborto es un problema de Salud Pública por que ésta se manifiesta por las altas tasas de morbilidad materna. La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como:

"La muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales" (OMS, 2013).

La muerte materna es un grave problema de salud pública en varios países, sobre todo los que se encuentran en desarrollo como Bolivia. La asociación de ignorancia, pobreza extrema, la falta de planificación familiar y educación sexual y reproductiva son determinantes que generan este grave problema que se está viviendo en el país en la actualidad.

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son: 1) las hemorragias intensas, 2) las infecciones, 3) los trastornos hipertensivos del embarazo y 4) el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Bolivia se encuentra después de Haití dentro los países con mayor muerte materna en américa con 230, de acuerdo a los datos del año de 2005 (OPS, 2000).

Según los datos de la OPS, al 2011 Bolivia registró una tasa de 235 madres muertas por cada 100.000 nacidos vivos y el Banco Mundial proyectó para el 2015 sólo una reducción a 206 muertes. El Gobierno boliviano, en base al Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 del Ministerio de Salud, señala que la Razón de Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia para el año 2011 fue de 160 por 100.000 nacidos vivos, lo que significa que 538 mujeres murieron a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y post-parto. De los cuales el 59% es por hemorragias, 19% por hipertensión del embarazo, y 13 % por aborto.

Se cuenta con investigaciones que señalan que en el país se producen más de 100 abortos clandestinos e inseguros cada día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres en todo el país y que alrededor de 60 muertes suceden por cada 10.000 abortos. La principal causa para recurrir al aborto inseguro es el embarazo no deseado, debido al no ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos: Planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos.

Bolivia es, por amplio margen, el país de toda Latinoamérica donde más embarazos adolescentes se producen. El más reciente informe sobre el "Estado de la población mundial", del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA, por sus siglas en inglés), señala que la tasa de natalidad en mujeres entre 15 y 19 años en Bolivia es de 116 por cada 1.000 en ese país.

5.3.1. El Aborto Inseguro en Bolivia

El Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) indica que cada año, se realizan 20 millones de abortos inseguros en el mundo, y cada minuto muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo. En algunos lugares, hasta 50 por ciento de la mortalidad materna es resultado del aborto inseguro. En total, se calcula que 14% de toda la mortalidad materna en el mundo se debe al aborto inseguro.

En Bolivia el aborto (13%) representa la tercera causa por la que mueren las mujeres en el país. Los abortos son resultado de embarazos que no fueron planificados o bien de embarazos no deseados. En consecuencia, nuestro país el embarazo no deseado puede representar entre el 15% y 35% del total anual de embarazos, suele ocurrir como resultado de una relación sexual involuntaria, por no usar anticoncepción de ningún tipo o por la falla en el uso de un método anticonceptivo, esto se debe al poco acceso que se tiene a la información sobre anticoncepción, la disponibilidad de métodos en los servicios de salud, como con la capacidad de la población para acceder a los mismos.

El estudio realizado por Arévalo (2011), proyecta que del 2010 al 2011, la cantidad de atenciones de abortos incompletos en el Hospital Percy Boland de la ciudad de Santa Cruz y en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, aumentaron de 4174 a 4709. Además se conoció que

185 abortos son practicados cada día en el país. Por lo tanto, se estima que en Bolivia se realizan de 50.000 a 60.000 abortos por año. Y dos mujeres mueren cada día por un motivo que podría ser prevenido, lo que equivale a 650 muertes por año. De esa cantidad, entre el 10 y 50% de los casos requiere atención médica por complicaciones por abortos mal realizados.

Otras cifras oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas y de ONGS (como CIDEM) hablan de hasta 80 mil abortos por año en Bolivia.

En consecuencia, el aborto inducido clandestino es un grave problema de salud pública, ya que puede llevar a la muerte de la mujer cuando lo realizan sin la adecuada bioseguridad y por personal no capacitado, originando complicaciones y lesiones uterinas, abdomino-pélvicas que conlleva a prolongar la estancia hospitalaria, con mayor gasto familiar por las múltiples y severas complicaciones, utilizando gran cantidad de insumos médicos y dejando secuelas que en un futuro producen discapacidades en la salud sexual y reproductiva.

5.3.2. Situación psico-socio-legal del aborto en Bolivia

Alberto Castro, oficial de Salud Sexual y Reproductiva de UNFPA en Bolivia, le explicó que la legislación del país es avanzada en cuanto a sexualidad, pero que hay aspectos que deben mejorarse.

"La Constitución boliviana incluye importantes avances, pero ahora luchamos porque el Estado amplíe el acceso de adolescentes a la educación sexual, la prevención y la salud" (Castro).

El representante de UNFPA añadió que, entre los motivos del crecimiento del embarazo adolescente en Bolivia, está la ausencia de educación integral sobre sexualidad. Según cifras del gobierno boliviano reportadas en 2016, la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años es de 88 nacimientos por cada 1.000. De acuerdo a datos del gobierno boliviano, el 10% de las muertes de mujeres en ese país se producen por abortos mal practicados. UNFPA señala que existe un vínculo entre los altos índices de embarazo adolescente y elevado la mortalidad materna en Bolivia, pues los embarazos en menores son en sí embarazos de riesgo (citado en CEPAL, 2014).

Los datos señalan que los embarazos adolescentes suceden más en zonas rurales que en ciudades. Alberto Castro explicó que, de acuerdo con los datos disponibles, los casos se multiplican en familias de condiciones socioeconómicas precarias y niveles de estudio bajos. Los resultados de algunas investigaciones muestran que la mayoría de las mujeres que han abortado son estudiantes o tienen aspiraciones de continuar sus estudios, señalando esta causa como motivo del aborto, estas personas desean retrasar el deseo de tener un hijo, el displacer que produce un hijo cuando no ha sido planeado y obstaculiza el desarrollo de metas personales, aquellas situaciones que vive la mujer, como

el hecho de ser muy joven, no desear ser madre en esos momentos, no encontrarse preparada para ser madre, o simplemente el hecho de estar estudiando (Campohermoso et., al., 2017, p. 87-100).

Por su parte, Miriam Suárez, directora de Casa de La Mujer, una organización independiente con sede en la ciudad boliviana de Santa Cruz, explicó que el embarazo adolescente es un reflejo de la desigualdad y la discriminación. La falta de educación sexual se acentúa en muchas adolescentes, particularmente en las zonas rurales del país lo que agrava la situación.

Por otro lado, hay que mencionar la situación legal del aborto en el país, ya que si bien es permitida bajo ciertas circunstancias, en los últimos tiempos se ha convertido en un tema de gran importancia política y social. Bajo este panorama el art. 157 del Código Penal Boliviano es el que contempla las situaciones de legalidad y sanción sobre el aborto⁹ (Anexo 3).

6. Centro de Ayuda para la Mujer

El Centro de Ayuda para la Mujeres¹⁰ es una institución sin fines de lucro que trabaja en Bolivia desde el año 2005, asistiendo a mujeres embarazadas, dando la oportunidad de ser madres aun en situaciones de extrema necesidad y crisis familiar. Mujeres con diferentes situaciones que las han orillado a querer realizarse un aborto, y que la ayuda del centro a nivel físico, legal, emocional y psicológico, les permita continuar con su embarazo, prevaleciendo la vida del bebé y la salud de la madre.

Es el único centro en el país que trabaja la prevención de abortos, preservando la vida de la madre y la del niño por nacer. Hasta la fecha se conoce que se ha logrado llegar a más de 15.000 madres a lo largo de los años.

El Centro de Ayuda a la Mujer tiene definida y estructurada las actividades que viene realizando todos los días, las mismas están enmarcadas a la organización y los servicios que presta a la población que acude como son en este caso las mujeres gestantes en crisis de un embarazo inesperado.

El Centro de Ayuda para la Mujer (CAM), es parte de una red latinoamericana que nace el 15 de agosto de 1989, en la Ciudad de México. En la actualidad hay 120 CAM'S en Latinoamérica y se han atendido más de 250,000 mujeres, de las cuales consideran que el 85% de ellas desistió se la idea de abortar. Son 22 países que llevan adelante la misión del CAM, que surgió para promover la salud y el bienestar de la mujer en el mundo hispano a través de servicios de asistencia y educación.

⁹ Art. 157 del Código Penal Boliviano

¹⁰ Sitio web: camvcentinos.org

Se debe mencionar que la situación actual a nivel mundial si bien lamentablemente ha incrementado de forma alarmante los embarazos inesperados o no deseados, y aunque el Centro de Ayuda para la Mujer ha continuado atendiendo los casos, muchas mujeres se han imposibilitado de seguir asistiendo de forma periódica como lo hacían.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

1. Enfoque

El presente estudio es de enfoque cualitativo, ya que pretende la explicación de una realidad social vista desde una perspectiva externa y objetiva. (Galeano, 2004). En este contexto Blasco y Pérez (citado en Toro y Parra, 2006), señalan que la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas. El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Toro y Parra, 2006).

1.1. Tipo de Estudio

La presente investigación presenta el tipo de estudio descriptivo, ya que buscó especificar propiedades importantes del fenómeno que será sometido a análisis de acuerdo a las características que las componen. (Narvárez, 2009).

Las variables de la investigación fueron descritas a partir de los datos socio demográficos y los datos que se obtengan de la recolección de datos.

La primera categoría factores psicosociales; y la segunda categoría depresión en adolescentes con intento de aborto, presentará el abordaje descriptivo con enfoque fenomenológico a partir de los datos recolectados en las historias de vida y entrevistas.

1.2. Diseño de la Investigación

Y por otro lado tendrá un enfoque fenomenológico (Álvarez y Jurgenson, 2003), ya que se caracterizará por centrarse en la experiencia personal, en vez de abordar el estudio de los hechos desde perspectivas grupales o interaccionales. Desde cuatro conceptos clave: la temporalidad (el tiempo vivido), la espacialidad (el espacio vivido), la corporalidad (el cuerpo vivido) y la relacionalidad o la comunalidad (la relación humana vivida). A partir de dos premisas en la fenomenología (Álvarez y Jurgenson, 2003). La primera se refiere a que las percepciones de la persona evidencian para ella la existencia del mundo, no como lo piensa, sino como lo vive; así, el mundo vivido, la experiencia vivida, constituyen elementos cruciales de la fenomenología. La segunda señala que la existencia humana es significativa e interesante, en el sentido de que siempre estamos conscientes de algo, por lo que la existencia implica que las personas están en su mundo y sólo pueden ser comprendidas dentro de sus propios contextos. De esta forma, los comportamientos

humanos se contextualizan por las relaciones con los objetos, con las personas, con los sucesos y con las situaciones (Etxeberria y Tejedor, 2005).

Además, la presente investigación se apoyó en el diseño propuesto por Barney, Glaser y Anselm en 1967, denominado como teoría fundamentada de tipo emergente. En esta teoría el investigador produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, proceso, acción o interacciones que se aplican a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes. La teoría fundamentada provee de un sentido de comprensión sólido porque en la situación bajo estudio, se trabaja de manera práctica, es sensible a las expresiones de los individuos del contexto, además puede representar toda la complejidad descubierta en el proceso (Yapu y Pereira, 2006, p. 38).

Y es de tipo emergente ya que se efectúa la codificación abierta y de ésta emergen las categorías, que se conectan entre sí para producir teoría. Al final, el investigador explica la teoría y las relaciones entre categorías (Sampieri, 2006, p. 472). El apoyo en este diseño permitió realizar un análisis más profundo de los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos.

2. Población

La población que se tomara en cuenta para la selección de la muestra serán, adolescentes entre 15 y 19 años que hayan tenido intento de aborto inducido, que asisten al Centro de Apoyo para la Mujer en la ciudad de La Paz. Según los datos obtenidos en el primer semestre de la gestión 2016 aproximadamente 400 a 500 casos, con edades que oscilan entre los 13 y 43 años. Siendo este el universo a estudiar.

2.1. Muestra

El tipo de muestra que asume la presente investigación es de tipo no probabilístico ya que, como refiere Sampieri (2009), la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. Además, presenta un tipo de muestra no probabilística por conveniencia, ya que permitirá seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos de manera voluntaria (Salkind, 1999).

En este sentido, se elegirá la muestra a partir de sujetos voluntarios. Es decir, de los 400 a 500 casos que constituyen a la población total para este estudio, se pedirá la colaboración, de forma voluntaria, a las adolescentes que comprenden las edades entre 15 a 19 años que han tenido intento de aborto. Las adolescentes que accedan a la aplicación de entrevistas y recolección de la información se constituirán en la muestra para esta investigación.

Bajo este parámetro se obtuvo un total de 8 adolescentes que accedieron a ser parte de la muestra, tomando en cuenta la pandemia que atravesamos, las adolescentes dejaron de asistir al centro. Siendo 8 la muestra total.

2.2. Sujetos

Para la selección de la muestra se tomará en cuenta los siguientes criterios:

- Adolescentes que tengan entre 15 a 19 años de edad.
- Adolescentes que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer.
- Adolescentes que hayan asistido al centro en busca de un aborto inducido.
- Adolescentes que consientan la aplicación de las pruebas.

3. Identificación de Categorías

En la presente investigación se establecen las siguientes variables de estudio:

- Categoría 1 – FACTORES PSICOSOCIALES, en relación a: factores ambientales/contextuales, factores familiares y factores individuales.
- Categoría 2 – DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE ABORTO

3.1. Conceptualización de Categorías

3.1.1. Categoría 1

FACTORES PSICOSOCIALES – Los factores pueden ser, causales o indicadores, observables o identificables aquellos que se dan antes de la ocurrencia del hecho que predicen. Abello (2001) divide en tres grandes bloques a los factores de riesgo que a su vez se subdividen en otros grupos relevantes, como los cuales son: factores ambientales/contextuales, factores familiares y factores individuales. Dentro del primer grupo aparecen la educación, el grupo de iguales, el contexto sociocultural y la pobreza. Dentro del segundo grupo los padres, el maltrato infantil, pautas educativas inadecuadas, la interacción padres e hijos, los conflictos maritales, la separación de los padres, las relaciones de pareja y sus conflictos. En el tercer grupo aparecen variables psicológicas como las actitudes y creencias individuales.

3.1.2. Categoría 2

DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE ABORTO – Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor

(EDM) y la distimia (D) que, de acuerdo con el DSM-5, son trastornos del estado de ánimo. Se refieren a síndromes conformados por diferentes patrones comportamentales de significación clínica que no obedecen a respuestas convencionales, y cuya característica singular se centra en una alteración del humor asociada al malestar y discapacidad. Los adolescentes son uno de los grupos etéreos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000).

El enfrentarse a la posibilidad de un aborto agrava la situación de la posibilidad de generar depresión ya que este es un acto traumático a nivel emocional y psicológico.

3.2. Categorización

Categoría 1 – Factores Psicosociales en adolescentes con intento de aborto.

Cuadro N° 4: Operacionalización de Variables – Categoría 1

CATEGORÍA	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES PSICOSOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Factores familiares 	<ul style="list-style-type: none"> – Relación de los padres y conflictos maritales. – Violencia familiar. – Interacción padres e hijos. – Pautas educativas inadecuadas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Factores Ambientales/ Contextuales 	<ul style="list-style-type: none"> – Relaciones de pareja. – Pobreza. – Grupos de pares. – Educación sexual.
	<ul style="list-style-type: none"> • Factores individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> – Edad. – Actitudes y creencias. – Percepción de riesgo. – Habilidades sociales. – Autoestima autoimagen. – Autocontrol. – Tolerancia a la frustración.

Fuente: *Elaboración propia*

Categoría 2 - Depresión en adolescentes entre 15 a 19 años, con intento de aborto que asisten al Centro de Ayuda para la Mujer.

Cuadro N° 5: Operacionalización de variables – Categoría 2

CATEGORÍAS	DIMENSIONES	INDICADORES
Depresión en adolescentes con intento de aborto	Esfera física	<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Fatiga • Cambios de alimentación • Hipersomnias • Insomnio • Agitación psicomotora
	Esfera emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés • Ansiedad • Culpa inapropiada • Irritabilidad • Desesperación • Ideación suicida • Animo depresivo
	Esfera cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de memorizar • Indecisión • Pobre concentración • Deterioro de la capacidad de pensar.

Fuente: *Elaboración propia*

3.3. Instrumentos

3.3.1. Historias de Vida

Se refieren a la investigación que produce datos descriptivos e interpretativos mediante la cual las personas hablan o escriben con sus propias palabras el comportamiento observado (Berríos, 2000). En ese sentido, la historia de vida, como investigación cualitativa, busca descubrir la relación dialéctica, la negociación cotidiana entre aspiración y posibilidad, entre utopía y realidad, entre creación y aceptación; por ello, sus datos provienen de la vida cotidiana, del sentido común, de las explicaciones y reconstrucciones que el individuo efectúa para vivir y sobrevivir diariamente (Ruiz Olabuénaga, 2012).

Cuando hablamos de historias de vida señalamos que es uno de los métodos de investigación descriptiva más puros y potentes para conocer como las personas el mundo social que les rodea (Hernández, 2014). Al mismo tiempo, las historias de vida conforman una perspectiva

fenomenológica, la cual visualiza la conducta humana, lo que las personas dicen y hacen, como el producto de la definición de su mundo.

La historia de vida, como metodología cualitativa busca capturar tal proceso de interpretación, viendo las cosas desde la perspectiva de las personas, quienes están continuamente interpretándose y definiéndose en diferentes situaciones (Ruiz Olabuénaga, 2012). Uno de los métodos utilizados en la investigación cualitativa que ayuda a describir en profundidad la dinámica del comportamiento humano es el biográfico, el cual se materializa en la historia de vida. Para Jones (citado en Ruiz Olabuénaga, 2012), de todos los métodos de investigación cualitativa tal vez éste Historias de vida sea el que mejor permita a un investigador conocer cómo los individuos crean y reflejan el mundo social que les rodea.

Las historias de vida ofrecen un marco interpretativo a través del cual el sentido de la experiencia humana se revela en relatos personales de modo que da prioridad a las explicaciones individuales de las acciones más que a los métodos que filtran y ordenan las respuestas en categorías conceptuales predeterminadas. Este método busca adentrarse en lo más posible en el conocimiento de la vida de las personas, por lo que si esta técnica es capaz de captar los procesos y formas como los individuos perciben el significado de su vida social, es posible corroborar el sentido que tiene la vida para ellas (Pérez, 2004).

No solo provee información en esencia subjetiva de la vida entera de una persona, sino que incluye su relación con su realidad social. Así pues, las historias de vida no solo permiten conocer a la persona que narra, sino que también ayudan a desentrañar las realidades que viven muchos países o contextos. Es decir, las historias de vida hacen que lo implícito sea explícito, lo escondido sea visible; lo no formado, formado y lo confuso, claro (Lucca y Berríos, 2003).

Según Ruíz Olabuénaga (2003), los objetivos de la historia de vida, como método de investigación, son los siguientes:

- Captar la totalidad de una experiencia biográfica, totalidad en el tiempo y en el espacio, desde la infancia hasta el presente, desde el yo íntimo a todos cuantos entran en relación significativa con la vida de una persona. Incluye las necesidades fisiológicas, la red familiar, las relaciones de amistad, la definición personal de la situación, el cambio personal y el cambio de la sociedad ambiental, los momentos críticos y las fases tranquilas, la inclusión y la marginación de un individuo en su mundo social circundante.
- Captar la ambigüedad y el cambio. Lejos de una visión estática e inmóvil de las personas y de un proceso vital lógico y racional, la historia de vida intenta descubrir todos y cada uno de los

cambios acaecidos a lo largo de su vida de la persona, las ambigüedades, faltas de lógica, dudas, contradicciones, vuelta atrás que se experimentan a lo largo de los años.

- Captar la visión subjetiva con la que uno mismo se ve a sí mismo y al mundo, cómo interpreta su conducta y la de los demás, cómo atribuye méritos e impugna responsabilidades a sí mismo y a los otros. Tal visión revela la negociación que toda vida requiere entre las tendencias expresivas de la persona y las exigencias de racionalidad para acomodarse al mundo exterior.
- Descubrir las claves de interpretación de fenómenos sociales de ámbito general e histórico que sólo encuentran explicación adecuada a través de la experiencia personal de los individuos concretos.

Esta se propone como una herramienta metodológica que promueve una aprehensión y comprensión de fenómenos psicológicos y sociales, cuya metodología es excelente medio para conocer las múltiples realidades, que construyen las personas a través de sus narrativas.

3.3.2. Entrevistas Semi- Estructuradas

La entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. Canales (citado en Gonzáles, 2007) la define como "la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto" (p. 43).

Se argumenta que la entrevista es más eficaz que el cuestionario porque obtiene información más completa y profunda, además presenta la posibilidad de aclarar dudas durante el proceso, asegurando respuestas más útiles.

La entrevista, se caracteriza por los siguientes elementos: tiene como propósito obtener información en relación con un tema determinado; se busca que la información recabada sea lo más precisa posible; se pretende conseguir los significados que los informantes atribuyen a los temas en cuestión; el entrevistador debe mantener una actitud activa durante el desarrollo de la entrevista, en la que la interpretación sea continua con la finalidad de obtener una comprensión profunda del discurso del entrevistado.

El tipo de entrevista que se realizará en la presente investigación será de tipo semi estructuradas, que son aquellas entrevistas que se enfocan en uno o más tópicos con mayor precisión, presentan un grado mayor de flexibilidad, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden

ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades.

4. Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación se deberá tomar en cuenta las siguientes etapas:

- ETAPA 1 – Contacto con la institución y población que serán sujetos a investigación, para identificar la muestra poblacional. Además de un acercamiento previo a la modalidad de trabajo dentro de la institución.
- ETAPA 2 – Consultar a la muestra la predisposición para realizar la Historia de vida y la posterior entrevista para de responder preguntas. Previa información del trabajo investigativo que se está realizando, además de dar a conocer el anonimato de la información que sea proporcionada.
- ETAPA 3 – Aplicación de instrumentos:
 - Realización de la Historia de Vida
 - Entrevista semi estructurada

4.1. Cronograma

Si bien se tenía planificado un cronograma este tuvo que ser adaptado a la situación individual de cada una de las adolescentes, ya que al ser una población de riesgo frente al Covid – 19, además de ser adolescentes de escaso recursos, se tuvo que programar reuniones en días en los que necesariamente tenían que llegar al Centro de Ayuda para la Mujer, que eran entre una a dos veces por mes. Incluso ir adaptado la historia de vida para su llenado manual. Esta situación ha imposibilitado el cumplimiento de un cronograma rígido en pro del bienestar de la muestra poblacional. Pero si se puede mencionar que se obtuvieron los siguientes datos:

Cuadro N° 6: Sesiones llevadas a cabo con las adolescentes

	Sesiones – Historia de Vida					Sesiones – Entrevista semiestructurada
	Presencial		No presencial			Presencial
Sujeto 1	x	x		x		X
Sujeto 2	x			x	x	X

Sujeto 3	X			x	x		X
Sujeto 4	X	X					X
Sujeto 5	X	X		x			x
Sujeto 6	X	x		x			X
Sujeto 7	X			x			X
Sujeto 8	X			x			x

Fuente: *Elaboración propia*

En el cuadro, se observa que se obtuvo acercamiento presenciales entre 3 a 4 veces con cada sujeto, se intentó realizar la historia de vida de forma manual, dándoles el instructivo correspondiente, pero en algunos casos la información recopilada en la parte manual no contaba con la información necesaria para ser objetiva dentro de la investigación, lo que generó tener que necesariamente aplicar la historia de vida de forma presencial, llevando una guía básica para poder permitir que las adolescentes puedan desarrollarse contando su propia historia.

Posteriormente se logró concretar reuniones presenciales para la entrevista semiestructurada, ya que esta herramienta lograría recabar información más precisa para la investigación.

Se debe mencionar que el apoyo para el análisis de datos fue realizado en el programa Atlas.Ti, mismo que será descrito a continuación.

4.2. Estrategia de Investigación

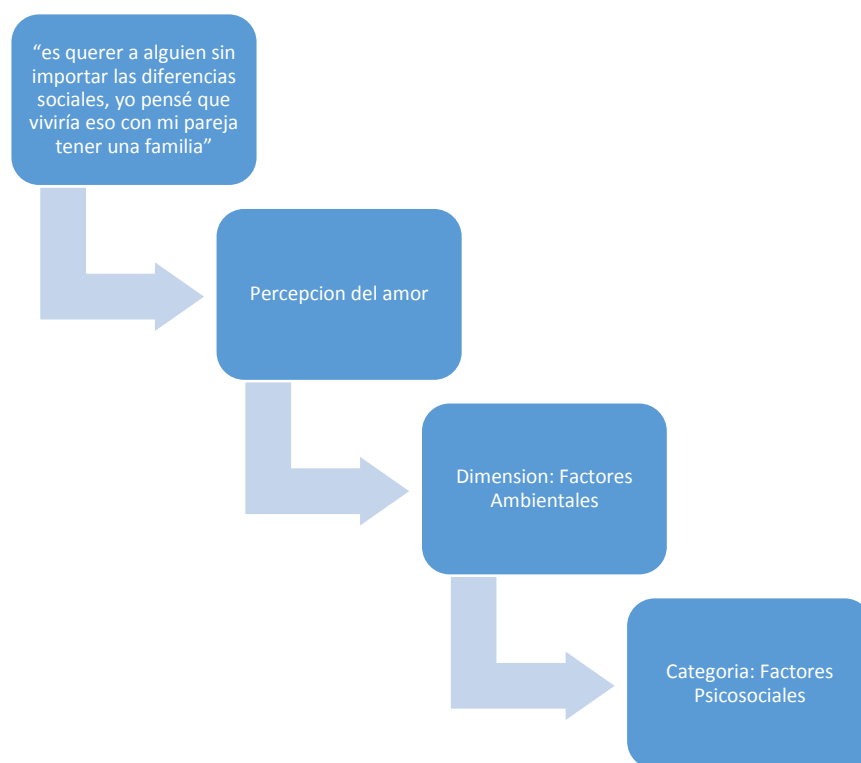
Como bien se mencionó la investigación se apoyó en la estrategia planteada en la teoría fundamentada, por lo que se utilizó la herramienta de análisis Atlas.Ti que pertenece al tipo de programas CAQDAS (Friese, 2012), el acrónimo de “Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software” (software desarrollado para el análisis de material de naturaleza cualitativa mediante el empleo de un ordenador). Si bien el software Atlas.ti es una herramienta que ahorra tiempo, el trabajo intelectual, la interpretación de los datos, el proceso de análisis y/o la generación de la teoría debe hacerlos el propio investigador.

Las características que presenta quien trabaja con Teoría Fundamentada es ser un investigador flexible, en tanto es capaz de direccionar la investigación de acuerdo con las *emergencias del campo*, la sensibilidad teórica, mientras más sensibilidad con la pertinencia teórica de ciertos conceptos, más probable es que se reconozcan las dimensiones de estos conceptos en los datos. Además de mantener una mirada retrospectiva y análisis crítico de las situaciones, pensamiento abstracto. Sin duda, en el ámbito de la investigación educativa la actitud de flexibilidad metodológica

del investigador es clave para la comprensión del fenómeno en estudio. El análisis que conlleva la teoría fundamentada es un constante análisis para así llegar a la saturación de datos.

Saturación de datos - La codificación y recuperación de datos fue el primer proceso realizado en la fase de análisis, con objeto de poder separar, reducir, clasificar y sintetizar todos los datos y manejarlos más fácilmente esto a partir de la revisión bibliográfica y el planteamiento de objetivos de la investigación, es a partir de ello que se identificaron las categorías principales en una primera fase utilizando la forma de codificación abierta. Esta codificación hace referencia a un análisis tentativo en el cual se identifican los conceptos, en primera instancia la codificación fue realizada de forma manual para una mejor identificación de las fuentes de análisis de información.

Gráfico N° 1: Saturación de Datos



Fuente: Elaboración propia

Como se observa en el grafico precedente durante la fase de codificación se fueron asociando a las citas notas analíticas o relatos con nuevas ideas, conceptos o relaciones que iban surgiendo de la lectura y análisis de los datos. En el apartado de resultados se presentarán las tablas completas en cuanto a la codificación e identificación de categorías.

Una vez identificado las categorías a partir de la codificación abierta, se realiza la codificación axial esta consiste en la búsqueda activa y sistemática de la relación que guardan los códigos y las familias (o subcategorías y categorías, respectivamente) entre sí.

Finalmente, la codificación selectiva es la relación conceptual y teórica que guardan entre sí los códigos o familias y que se concreta en la teorización. Ésta última ocurre al integrar dichas relaciones dentro de un relato que contiene un conjunto de proposiciones. Una proposición es un enunciado que expresa la relación entre dos o más categorías y sus propiedades. Para si discernir, comprender y dar sentido a los datos, lo cual es conocido como sensibilidad teórica. Lo aplicado en el análisis permitió llegar a la saturación de datos en la presente investigación.

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se procederá a desarrollar la presentación de los resultados en diferentes partes, respondiendo así a los objetivos establecidos. Además de la descripción metodológica para la recolección de información y análisis de resultados.

- A. Descripción sociodemográfica de la muestra poblacional.
- B. Descripción de los factores psicosociales de mayor presencia.
- C. Identificación de las percepciones sobre el aborto.
- D. Describir la presencia de depresión.
- E. Identificación de los factores psicosociales de mayor influencia para la depresión.

Para el levantamiento de información para realizar la presente investigación, se utilizaron los instrumentos de contraste cualitativo validados como herramientas de recolección de información, historia de vida y entrevista semiestructurada. Para poder llevar la aplicación de estas herramientas fue necesario identificar y delimitar la población que participo en la investigación. A continuación, se desarrollará los resultados obtenidos en cada una de las etapas de levantamiento, descripción y contraste de información.

Es necesario reconocer que se tuvo una reestructuración de la forma de levantamiento de la información, por la situación pandémica durante esta recolección de información.

En primer lugar la situación de confinamiento no ha permitido que la asistencia a las oficinas del Centro de Ayuda para la Mujer fueron de forma regular, por otro lado, se tuvieron que tomar medidas especiales para poder acceder a la información de la muestra poblacional, tomando en cuenta que esta población es considerada como población de riesgo frente al Covid – 19 por la situación de embarazo.

Si bien se contó con un total de 14 adolescentes que accedieron a ser parte de la investigación, solo se pudo concluir las historias de vida y las entrevistas semiestructuradas con 8, esta situación principalmente porque la mayoría de las adolescentes que llegan al Centro son de escasos recursos y poco o nulo acceso a plataformas virtuales, lo que imposibilito tener acercamientos para hacerlas parte de la investigación.

A. Descripción sociodemográfica de la muestra poblacional

Si bien la presente investigación cumple un enfoque cualitativo será necesario representar y describir en forma gráfica los datos obtenidos en relación a la parte demográfica a la que pertenece la muestra poblacional. Si bien, estos datos no son representativos para la investigación, si fueron necesarios para indagar en mayor profundidad las características de la población asistente al Centro de Ayuda para la Mujer, datos que a la vez, coadyuvaron para definir las conclusiones de la investigación.

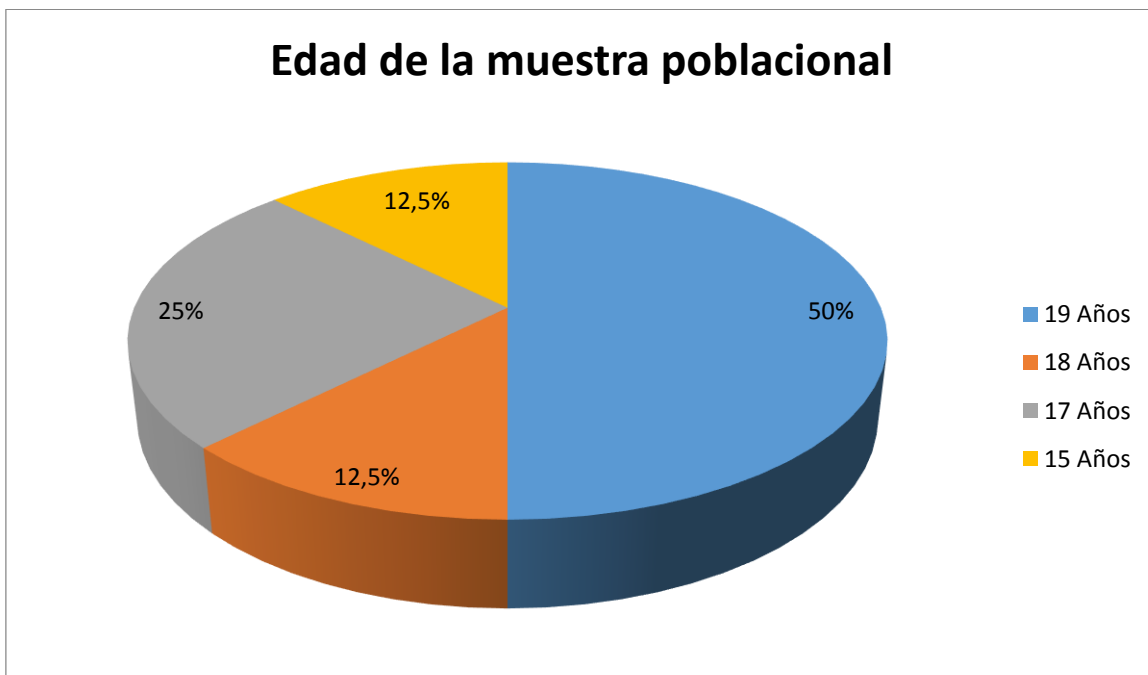
Es así que se consideró tomar en cuenta los siguientes datos.

Cuadro N° 7: Datos sociodemográficos extraídos del instrumento – Historia de vida

Edad:
Nivel de Educación:
Meses de Embarazo:
Ocupación Actual:
Principal proyección a futuro:.....

Fuente: *Elaboración propia extraída del Instrumento aplicado Historia de vida.*

Gráfico N° 2: Edad de la muestra poblacional

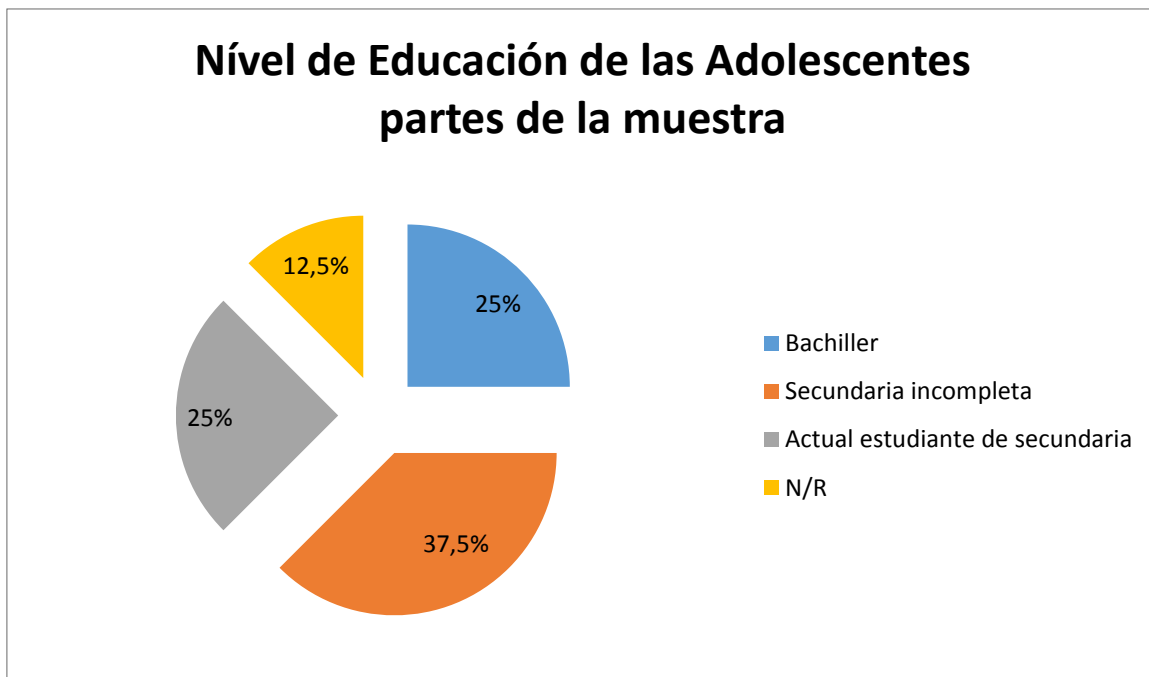


En el Gráfico N°2 se puede observar que de las 8 adolescentes que fueron parte de la población estudiada 4 de ellas representado por el 50% tienen 19 años de edad, seguido de 2 adolescentes de 17

años representando el 25% del total, y por ultimo una adolescente de 18 años y otra de 15 años representando cada una el 12,5% del total de la muestra poblacional.

Es importante observar que dada la situación pandémica, las menos posibilitadas de asistir de forma continua al Centro de Ayuda para la Mujer son las adolescentes más jóvenes. Y en general todas las mujeres ya que su situación de embarazo las coloca en una población de alto riesgo para contraer el Covid- 19, virus pandémico que se atraviesa en la actualidad.

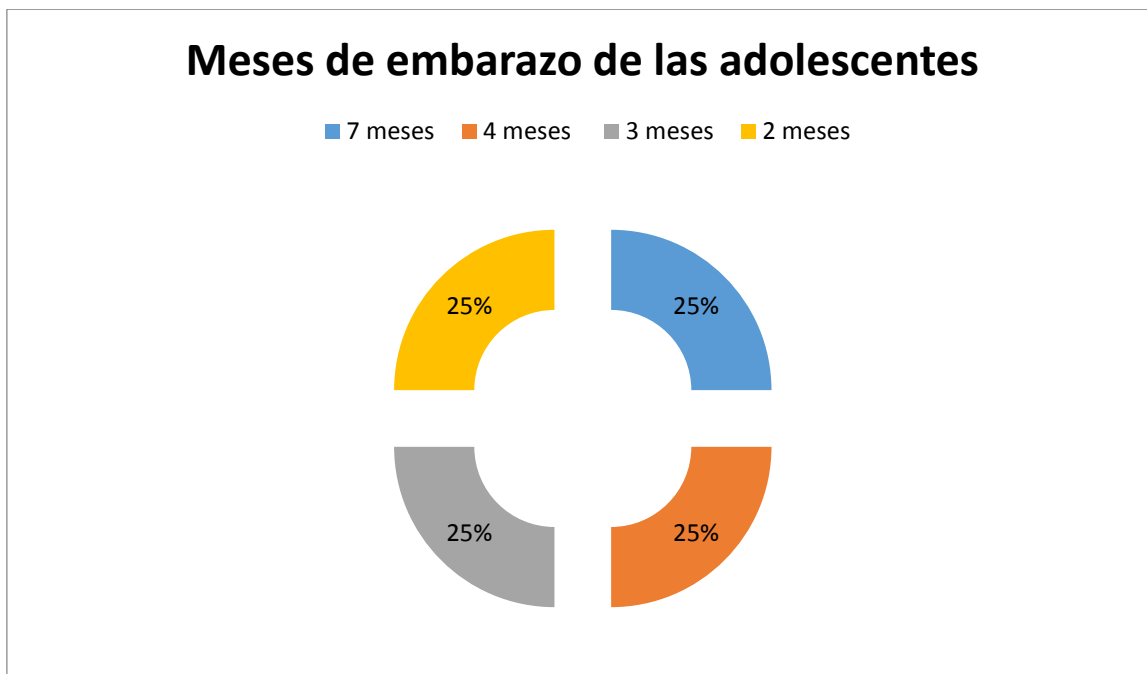
Gráfico N° 3: Nivel de Educación de las adolescentes



Se puede observar en el Gráfico N°3 que el nivel de educación de las adolescentes partes de la población estudiada dejaron los estudios en este caso 3 de las 8 adolescentes representados por el 37,5% tienen la secundaria incompleta, solo 2 de ellas concluyeron el colegio siendo bachilleres, y otras 2 se encuentran actualmente estudiando el nivel secundario, representando cada grupo un 25% del total, y por ultimo una de las adolescentes que mantuvo reserva en relación a su situación actual del nivel de educación.

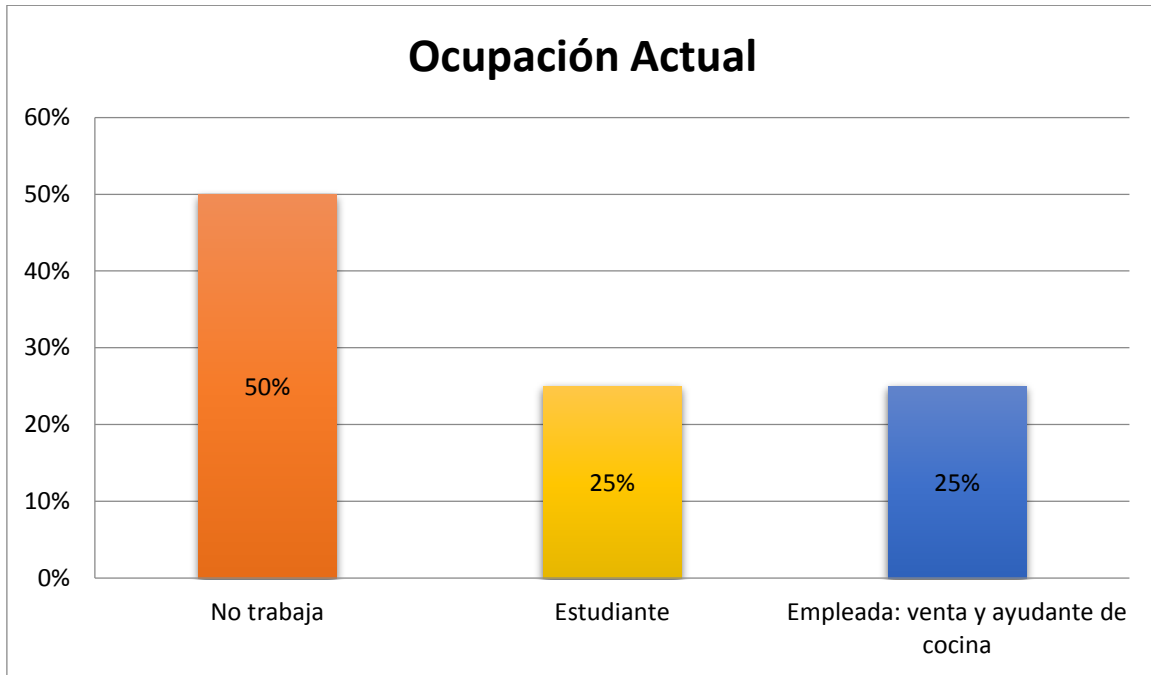
Esta información coincidirá con la literatura encontrada en investigaciones previas, donde refieren el abandono de estudios como primer causal de un embarazo no esperado o no deseado.

Gráfico N° 4: Meses de embarazo que llevan las adolescentes al momento de la aplicación de los instrumentos.



En el presente Gráfico N°4 se observa un cuadro proporcionado del 25% para cada rango de meses de embarazo, lo observable en este gráfico es que si bien la proporción en cuanto a meses es similar en cada rango, con ello se observa la cantidad de meses de embarazo de mayor relevancia. Tomando en cuenta que la situación pandémica de la actualidad como bien se ha mencionado ha incrementado de manera exorbitante la tasa de embarazos en adolescentes, es en este cuadro en el que podemos analizar que las adolescentes que asistieron al Centro de apoyo a la Mujer llevan pocos meses de embarazo, lo que nos lleva a concluir que muchas de ellas quedaron embarazadas dentro de lo que fue la cuarentena por la pandemia. Se debe recalcar que el objetivo del Centro de apoyo a la Mujer tiene como objetivo final el evitar el aborto y prevalecer la vida, dando apoyo en diferentes áreas a las adolescentes gestantes.

Gráfico N° 5: Ocupación Actual



En el Gráfico N° 5 se puede observar datos que se relacionan con investigaciones previas, además de la literatura existe donde se menciona que las adolescentes en situación de embarazo, no solo tienen que dejar los estudios, sino que también, enfrentarse a la vida laboral, y la misma situación de embarazo lo impide o complica. En los resultados obtenidos observamos que 4 de las 8 adolescentes representando el 50%, no se encuentran trabajando lo que complicaría su situación económica. Además solo 2 de ellas estarían actualmente estudiando y solo 2 se encuentran trabajando como empleadas en el área de ventas y cocina. En este punto es importante tomar en cuenta que en muchos casos los trabajos no suelen tener las medidas de seguridad para una mujer en situación de embarazo, ni mucho menos el cumplimiento de seguros sociales en situación laboral vigente; en el mayor de los casos muchas de las adolescentes que logran encontrar un ingreso económico de forma independiente es dentro del ámbito laboral informal.

Gráfico N° 6: Principal proyección a futuro



En el Gráfico N°6 se observa un dato muy interesante, el 100% de las adolescentes responden como proyección futura el estudio, no solo de culminar estudios secundarios, sino también, de estudiar una carrera profesional. Es importante notar como esta proyección debería ser apoyada, ya que fomentar la educación prevendría otras situaciones que repercuten en el desarrollo de la sociedad en general.

B. Descripción de los factores psicosociales de mayor presencia en las adolescentes embarazadas.

Para la identificación de factores psicosociales que se encontraron con mayor frecuencia, se pasó a identificar de acuerdo a las respuestas brindadas por las adolescentes tanto en la historia de vida como en la entrevista semiestructurada.

Como se menciona en el cronograma¹¹ de la presente investigación algunas de las entrevistas fueron llenadas de manera manual bajo el instructivo de relatar su Historia de Vida como mejor se sintieran sin un orden establecido de hechos. Posteriormente de máximo tres sesiones con cada adolescente se llevaron a cabo una entrevista semiestructurada para responder algunas cuestionantes de forma más específica.

A partir de la aplicación de la historia de vida se obtuvieron los datos sociodemográficos previamente presentados y en relación a los factores psicosociales de mayor presencia mencionados en las diferentes historias de vida y entrevistas semiestructuradas, se encuentran los siguientes en cada sujeto:

¹¹ Cuadro N°6 Sesiones con las adolescentes

Tabla N° 1: Sujeto N°1

Sujeto N°1		
Factores Familiares		
• Familia monoparental:	“tengo solo mama...mi hermano y mi mama son buenos conmigo”	En los factores familiares del sujeto 1 se puede observar que los que presenta la adolescente actuarían de forma negativa en esta etapa de su embarazo. Además de ello considerar como factor de riesgo mayor el hecho de que la adolescente viene de una familia donde se vivió violencia de parte del padre a la madre y a ellos mismos, situación que se vio en la literatura agrava la situación y se convierte en un factor de riesgo muy fuerte. Ademes se observó que el que fue su pareja también tuvo conductas agresivas con ella. Por otro lado la interacción madre e hija e incluso con la abuela no coadyuva en el desarrollo adolescente. A pesar de que la relación madre – hija se encuentra visiblemente como factor negativo, para la adolescente sigue siendo el apoyo que requiere para sobrellevar la situación.
• Violencia familiar	“mi padre se fue, porque era agresivo con mi mamá y con mis hermanos”	
• Interacción madre - hija	“pienso y pienso de mi embarazo, mi mama me riñe mucho” “aunque mi mama me riñe mucho es el único apoyo que tengo” “mi madre siempre está llorando, no puede ser feliz”	
Factores Ambientales/Contextuales		
• Grupo de pares:	“tenía muchas amigas”	Se observa que los factores ambientales contextuales juegan un rol de gran importancia ya que el recuerdo de las amistades y vivencias en el colegio se convierten en un recuerdo que evoca un momento de felicidad en sus vidas.
• Educación Sexual:	“nosotras debemos cuidarnos y no permitir que nadie se nos acerque a las personas que no conocemos, la profesora nos decía que nuestro cuerpo debemos respetar”	

<ul style="list-style-type: none"> Factor económico/pobreza 	<p>“tengo dos niños más”</p>	<p>También hay que reconocer que un factor de gran predominancia es la educación sexual recibida que no proviene de la familia sino, de la escuela, y no de manera concreta sino más bien con un tabú al hablarlo. Este factor se convierte de manera general en algo negativo.</p> <p>Como bien se ha estudiado para la presente investigación, se conoce que uno de los factores de mayor consecuencia negativa es que muchas de las adolescentes en situación de embarazo provienen de familias de escasos recursos, esta situación agrava dos problemas sociales muy grandes, el poco o nulo acceso a salud pública y el incremento de pobreza infantil.</p> <p>A todo ello aparece un factor de gran importancia relacionado a la pareja, que es la percepción de amor, ya que en muchas ocasiones perpetúan el acto abusivo. Tener una percepción de amor idealista, abnegada forma parte de los llamados roles de género perpetuados en nuestra psique, en este caso estas creencias evitan caer en que uno está siendo víctima de violencia.</p>
	<p>“trabajo como ayudante de cocina cuando hay eventos, ayudo a un chef y me paga”</p> <p>“mi situación económica complica las cosas, no tengo un trabajo seguro y no tengo con quien dejar a mis otras hijas”</p> <p>“esa es la razón por la que quiero abortar trabajo de todo, pero la situación económica es difícil”</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> Pareja 	
<ul style="list-style-type: none"> Percepción de amor 	<p>“me siento culpable por haberle hecho caso a él, porque el ha dicho nos vamos a casar”</p> <p>“he ido a hacer problemas a su casa, pero él no está aquí...”</p> <p>“al principio era bueno luego se volvió agresivo, y no cumple con lo que dice”</p>	
	<p>“es un sentimiento de pareja, quieres a alguien mucho das todo por esa persona a quien quieres”</p> <p>“cuando conocí a mi pareja y pensé que sería feliz a su lado pero no fue así”</p>	
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades sociales: 	<p>“me llevaba bien, tenía amigas y amigos, con ellos salía a pasear, jugar...”</p>	<p>En los factores individuales se puede observar que uno de los recuerdos que mejores emociones evoca son los de los momentos en el colegio con los amigos. Por lo que el grupo de pares para estas</p>
<ul style="list-style-type: none"> Proyección a futuro: 	<p>“Quisiera estudiar gastronomía...”</p>	

	<p>adolescentes podría significar un factor positivo.</p> <p>Por otro lado también como factor de motivación y potenciamiento a sobrellevar la situación de embarazo es sin duda las proyecciones que tienen a futuro, ya que en su mayoría como es este caso su proyección es continuar los estudios.</p>
--	--

Para describir el siguiente caso es necesario empezar mencionando que cada una de las adolescentes llega con una situación emocional muy diferente, y con el único fin de abortar. Muchas de ellas como lo es el siguiente caso no se disponen a hablar con fluidez exactamente por la carga emocional que llevan.

El sujeto N°2 si bien se tuvieron las sesiones correspondientes la narrativa de su historia fue muy breve. Con comportamientos a la defensiva, situación totalmente normal bajo las características de vida de cada una de ellas.

Tabla N° 2: Sujeto N°2

Sujeto N°2		
Factores Familiares		
<ul style="list-style-type: none"> • Familia con padres separados 	<p>“mis papas están separados, no fue muy bueno eso, y la relación con mis hermanos es complicada”</p>	<p>La situación de separación de sus padres, visiblemente la afecta aun ya que su lenguaje corporal se torna distraído al omento de responder sobre su familia.</p>
Factores Ambientales/Contextuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de pares y escuela: 	<p>“estar en el colegio fue muy difícil, pero tenía amigas y me llevaba bien con ellas”</p>	<p>En este caso nos encontramos con un panorama similar al caso anterior, los recuerdos que evocan emociones de felicidad son los que se tienen con el grupo de pares,</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual: 	<p>“solo sé que hay preservativos, anticonceptivos e inyecciones”</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Factor económico/ pobreza • Pareja • Percepción del amor 	<p>“actualmente no cuento con ningún apoyo de nadie ni del que era mi pareja”</p>	<p>Por otro lado nuevamente la educación sexual, los recursos económicos escasos y la idealización de amor frente a una pareja que abandona o que es agresivo se convierten en factores negativos y de riesgo para estas adolescentes.</p>
	<p>“no cuento con ningún apoyo menos de el”</p> <p>“no fue bueno conmigo ni con mi familia, discutían mucho con el”</p>	
	<p>“es querer a alguien sin importar las diferencias sociales, yo pensé que viviría eso con mi pareja tener una familia”</p>	
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia la frustración • Proyección a futuro: 	<p>“solo necesito ayuda no tengo muchas ganas de hablar”</p>	<p>El hecho de que la adolescente no haya querido hablar es un indicador de la carga situacional que está llevando en esta etapa de su vida, la situación de la pandemia ha evitado de alguna manera lograr un contacto suficiente para que la adolescente pueda liberar su carga emocional e identificar sus principales necesidades.</p> <p>Es bueno mencionar que en la totalidad de los casos estudiados las proyecciones a futuro son culminar estudios.</p>
	<p>“quisiera estudiar pero no sé qué”</p>	

Tabla N° 3: Sujeto N°3

Sujeto N°3		
Factores Familiares		
<ul style="list-style-type: none"> • Familia ausente: 	“me crie con mi abuelita porque mis papas estaban lejos, mi mama era dura de carácter y se casó con mi padrastro ahora tengo hermanastros”	<p>En este caso nos encontramos con una situación de ciclos de violencia muy marcados que han generado un rechazo de la adolescente a la posibilidad de tener hijos.</p> <p>Se observan los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historial de violencia familiar del padre a la madre y a los hijos. • Ciclo repetitivo de violencia; y adaptación de esta por la madre y la adolescente. • Posible historial de depresión en la familia con la madre. • Rechazo a la posibilidad de tener hijos por las experiencias vividas además de la nula comunicación madre – hija.
<ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar 	<p>“mi padre era muy agresivo le golpeaba mucho a mi mama y a mí también”</p> <p>“mi padrastro igual maltrata a mi mama, yo creo que ella tiene depresión porque siempre está triste”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Interacción madre - hija 	<p>“mi mama y mi abuela son malas”</p> <p>“nadie me ha ayudado siempre he estado sola mi abuela no me comprende tampoco mi mama”</p> <p>“ni mi abuela ni mama saben que estoy embarazada”</p> <p>“pienso que si se enteran me botaran de mi casa”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pautas educativas equivocadas 	“mi abuela y mi madre son malas, dicen que la gente va a hablar, pero yo no quiero tener hijos”	
Factores Ambientales/Contextuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de pares 	“una amistad me ha hecho conocer este lugar porque me ha dicho que aquí me van ayudar a abortar”	<p>El grupo de pares es una fuente de influencia ya que en la mayoría de casos estudiados son los amigos cercanos, quienes buscan el lugar para realizarse el aborto.</p> <p>Nuevamente la educación sexual es dada por la escuela, de forma discreta y limitada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual: 	“en el colegio la profesora de Educación física nos hablaba de cómo se desarrolla nuestro cuerpo y como teníamos que cuidarnos, nosotras como también los chicos”	

<ul style="list-style-type: none"> Factor económico/pobreza Pareja 	<p>“le ayudo a mi mama ella vende en el mercado y me regala plata de lo que le ayudo”</p> <p>“desde niña he tenido que ayudar por eso también ya no pude terminar el colegio”</p> <hr/> <p>“mi pareja me ha dicho que nos vamos a casar, pero me ha visto embarazada y ya no quiere saber nada se ha perdido”</p> <p>“era de carácter fuerte, mucho tomaba y le gustaban las fiestas”</p> <p>“el padre de mi bebe es bueno, trabaja y no me pega mucho”</p>	<p>Por otro lado el factor económico es un factor que prolongaría la situación de pobreza de la adolescente e incluso de su familia. Un dato sumamente grave que mostrar es la percepción de amor en relación a su pareja, ya que por su discurso ha normalizado la violencia hacia ella, de alguna manera agradece que el agresor no sea muy duro. Este dato es demasiado alarmante ya que se está hablando de una población en desarrollo sumamente vulnerable por la situación de embarazo.</p>
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades sociales: Proyección a futuro: 	<p>“no tenía muchas amigas, tampoco amigos”</p> <hr/> <p>“no he terminado el colegio pero tampoco quiero estudiar, después pensare en eso, primero quiero hacer mi negocio”</p>	<p>La mayoría de las adolescentes respondió que su protección futura está relacionada a la culminación de estudios ya sean secundarios o profesionales, a excepción del presente caso que está más preocupada por la situación económica actual que de su formación académica. Si bien no la ha desestimado la tiene como segunda opción, también es necesario observar que en este caso su protección a futuro es tener un negocio propio, esto no es considerado un factor negativo pero es observable reconocer que muchas de las adolescentes en esta situación</p>

	podrían terminar en el comercio informal.
--	---

El siguiente caso es de las situaciones más vulnerables que llegan al Centro, al tratarse de un abuso sexual, dadas las circunstancias la narrativa de la adolescente ha sido bastante breve pero con gran disposición a hablar.

Tabla N° 4: Sujeto N°4

Sujeto N°4		
Factores Familiares		
<ul style="list-style-type: none"> • Familia monoparental: • Interacción madre - hija 	<p>“no tengo ni papa ni hermanos”</p> <hr/> <p>“mi mama es la única que me está apoyando ahora”</p> <p>“crecí con mi abuelo porque mi mama trabaja en las minas de secretaria”</p>	Una situación de ausencia total por temas laborales de la madre, distancio la relación madre –hija, donde la crianza quedó en manos del abuelo quien refirió además que para ella es la figura más importante.
Factores Ambientales/Contextuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual: • Factor económico/ pobreza 	<p>“cuando estaba en la mina habían enfermeras que nos hablaban como había que cuidarse”</p> <hr/> <p>“mi mama me apoya ahorita con dinero, es la única que me esta apoyando”</p>	En una situación tan delicada como lo es el presente caso, encontramos una nula educación sexual, además de una situación económica de total dependencia por parte de la madre. Por otro lado si bien la comunicación madre – hija, no fue del todo prospera, para la adolescente el apoyo de ella es demasiado valioso.
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales: • Proyección a futuro: 	<p>“o sea me llevaba bien con mis amigas, pero algunas veces discutía, peleaba con mis amigas”</p> <hr/> <p>“terminar el bachillerato”</p>	Dentro del discurso se encuentra una situación de dificultades en su relación con el grupo de pares, principalmente con las amigas en el colegio.

	Por otro lado nuevamente encontramos que la protección a futuro es sumamente óptima ya que está relacionada a la culminación de estudios.
--	---

Tabla N° 5: Sujeto N°5

Sujeto N°5		
Factores Familiares		
• Familia nuclear:	“mis papas eran buenos, también mis hermanos solo algunas veces eran estrictos”	<p>En este caso se encuentran los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar y ciclos de violencia repetidos en el caso de ella por parte de su pareja. • Temor porque se enteren del embarazo • Roles de género mal establecidas y adoptadas por la adolescente. <p>En este último punto resalta las creencias, y actitudes transferidas a la adolescentes por su entorno familiar, al creer que por ser la hija mayor tiene responsabilidades de cuidado, de hacerse cargo del hogar como lo menciona, este factor si bien es contextual influye en sus factores individuales ya que actúa en pro de esas creencias.</p>
• Violencia familiar	“mi papa y mi mama discuten mucho, mi papa le pega a mi mamá y a veces a nosotros también”	
• Interacción madre - hija	“mis papas no saben de mi embarazo” “como yo soy la hermana mayor yo estoy a cargo de la casa”	
• Pautas educativas equivocadas	“como soy la mayor tengo que ser responsable y cuidar a mis hermanos”	
Factores Ambientales/Contextuales		
• Grupo de pares:	“mi amiga me ha traído aquí”	Si bien en varios casos mencionan tener conocimiento de educación

<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual: • Factor económico/pobreza • Pareja • Percepción de amor 	“conozco y sé que es educación sexual”	<p>sexual, se limitan hablar del tema, o el conocimiento brindado generalmente por un actor externo a la familia, es bastante básico, muchas veces aun con el tabú al que se asocia este tema.</p> <p>Además de ello se observa, que la percepción de amor la llevo a ser víctima de violencia sexual, y quizá lo haya normalizado.</p>
	“ahora mis papas no saben nada de mi embarazo por eso ellos nomas me dan dinero”	
	<p>“mi pareja esta en Chile yo me escape de él, él se ha quedado allá”</p> <p>“al principio parecía trabajador y bueno pero es malo, agresivo, es un loco sexual me abusaba por eso me escape de el”</p>	
	“pensé que era bonito, ahora pienso todo lo contrario fue lo peor enamorarme”	
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales: • Proyección a futuro: 	“era linda mi vida en colegio, me divertía mucho, tenía amigas y me llevaba bien con ellas”	<p>El factor de mayor relevancia en este punto es la proyección de estudio y trabajo, que se presenta en la mayoría de las adolescentes.</p>
	<p>“quiero estudiar derecho”</p> <p>“quiero estudiar y trabajar”</p>	

Tabla N° 6: Sujeto N°6

Sujeto N°6		
Factores Familiares		
<ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear: • Violencia Familiar 	“cuando era niña tuve muchas carencias, mis papas no pudieron darnos mucho, pero nos trataban bien, mis hermanos varones nos cuidan”	<p>En el presente caso desde el inicio se muestra que el factor económico fue un problema de siempre.</p> <p>Por otro lado se observa que si bien no hay indicadores de violencia familiar, si lo habría con la hermana que según el relato estaría viviendo una situación de violencia. Esto</p>
	<p>“”la pareja de mi hermana es muy posesiva y machista”</p> <p>“mi hermana siempre está triste debe sentirse deprimida”</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Pautas educativas equivocadas 	<p>“mis hermanos varones nos cuidan”</p> <p>“mis papas son muy conservadores”</p>	<p>puede ser a causa de las percepciones conservadoras que según la adolescente sus padres mantienen.</p>
Factores Ambientales/Contextuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de pares: 	<p>“cuando estaba en colegio era divertido me gustaba estudiar y me llevaba bien con mis compañeros”</p>	<p>En este caso es bueno mencionar que varios factores son positivos para evitar un posible cuadro depresivo en la adolescente, si bien el hecho de que su familia mantenga una cultura conservadora y esta limite la educación sexual, los factores familiares actuarían de forma positiva para el desarrollo de la adolescente.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual: 	<p>“era difícil hablar de eso, no se casi nada mis papas son bien conservadores”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Factor económico/pobreza 	<p>“con el apoyo de mis papas sé que voy a salir adelante”</p> <p>“tuve muchas carencias, pase hartas necesidades”</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pareja 	<p>“era muy irresponsable, poco serio”</p>	
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Proyección a futuro: 	<p>“quería ser policía después de bachiller”</p>	<p>Como en la mayoría de los casos, la proyección futura esta ligada a la culminación de los estudios y la obtención de una carrera profesional.</p>

Tabla N° 7: Sujeto N°7

Sujeto N°7		
Factores Familiares		
<ul style="list-style-type: none"> • Familia ausente: 	<p>“nunca tuve cariño en mi familia cada uno se iba por su lado también mis hermanos eran así”</p>	<p>En este caso se observa una situación de violencia muy marcada, dentro del relato de la adolescente refirió que la agresividad del padre llevo a la invalidez de la madres,</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar 	<p>“mi papa era muy malo, le pegaba mucho a mi mamá hasta casi matarla, también nos pegaba a nosotros”</p>	

	“mi padre estuvo en el psiquiátrico 6 meses”	además de contar con historial psiquiátrico por parte del padre.
Factores Ambientales/Contextuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de pares: • Educación Sexual: • Factor económico/pobreza • Pareja 	“unos amigos me han dicho que me pueden ayudar aquí y me han traído”	<p>Se observa en este caso, un ciclo repetido de violencia, ya que la pareja de la adolescente también era agresivo y mantenía relaciones con otras personas mientras estaba con la adolescente.</p> <p>Por otro lado la situación en la educación sexual se vuelve a dar de agentes externos a la familia y de forma muy limitada.</p> <p>Además de que la situación de la adolescente es demasiado delicada, durante los relatos mencionaba la gran necesidad económica de ella y su familia, mencionando que sus momentos de felicidad eran tener que comer.</p>
	“la información que recibí de mis maestros es que no debemos descuidarnos, siempre debemos de prevenir para no embarazarnos.	
	“era muy triste en colegio porque tenía que mantenerme por mi misma” “ahorita no tengo apoyo de nadie, pero le voy a pedir a una amistad” “tuve muchas carencias” “mis momentos más felices era cuando teníamos comida” “comía sobras porque vivía en el borde los ríos”	
	“no espero nada de ese, porque no me pregunta nunca por mi salud” “era un mujeriego frívolo, patán, estando conmigo buscaba a otras chicas”	
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales: 	“me hacían bulling en el colegio porque era muy tímida”	Fuera de la situación delicada por la que la adolescente se ha desarrollado también refirió haber sido víctima de acoso escolar por parte de sus compañeros de colegio.

Tabla N° 8: Sujeto N°8

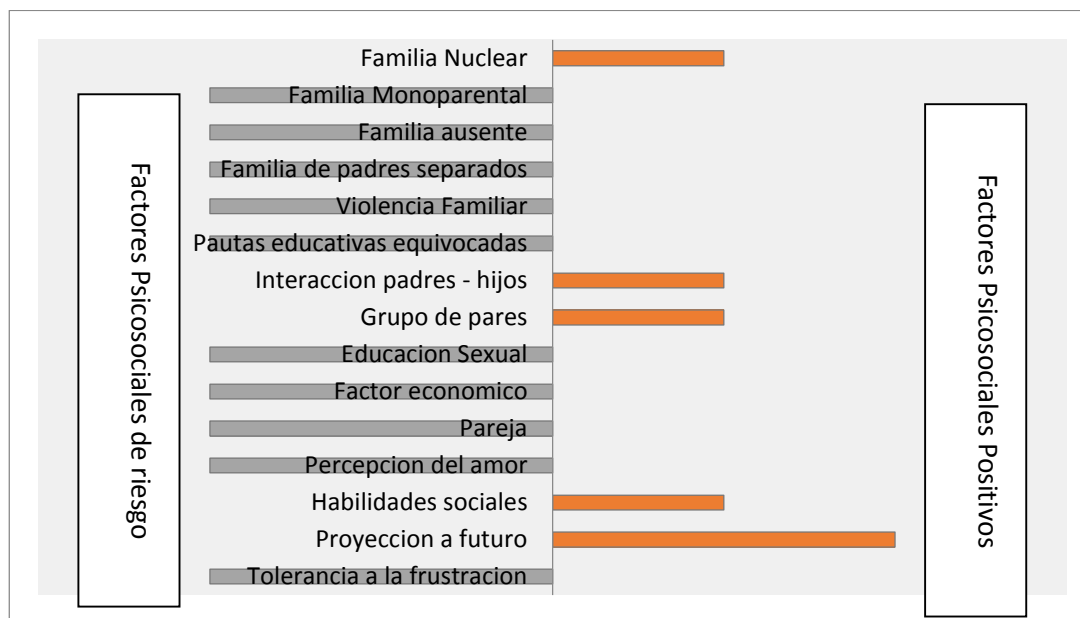
Sujeto N°8		
Factores Familiares		
<ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear: 	<p>“mi vida fue bajo normas tal vez un poco de presión de mi papa, mi mama muy tranquila comprensiva y muy trabajadora”</p> <p>“somos 7 hermanos y nos apoyamos entre mayores y menores”</p> <p>“mis papas pelean mucho, se separan y vuelven, no he tenido una guía o quien me guie”</p>	<p>En el siguiente caso si bien existe cierto apoyo familiar, el embarazo no sería bien recibido por lo que se mantiene oculto.</p> <p>La adolescente no menciona indicadores de violencia familiar, pero si la mala relación de los padres, y la ausencia de estos, la falta de guía en varios aspectos de su vida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Interacción madre - hija 	<p>“no puedo contar con ellos, no sé qué voy a hacer si se enteran”</p> <p>“todo el tiempo había problemas con mis papas, no tenía el apoyo de mis papas”</p>	
Factores Ambientales/Contextuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Educación Sexual: 	<p>“me acuerdo que vinieron a darnos esa charla del CIES nos enseñaron como se pone el condón”</p>	<p>Como en varios casos la educación sexual ha sido dada por actores externos y no por la familia, además de que este es de forma esporádica y muy básica como en este caso.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Factor económico/ pobreza 	<p>“no estoy trabajando pero recibo mi bono y con eso me ayudo”</p>	
Factores Individuales		
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades sociales: 	<p>“no tuve mucha comunicación, actualmente poca amistad, soy una persona poco comunicativa soy un poco tímida y reservada, tengo 1, 2 máximo tres personas”</p>	<p>El relato de la adolescente concluye en las proyecciones de superación académica</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Proyección a futuro: 	<p>“pienso estudiar hasta ser profesional y terminar una carrera me gusta de odontología y trabajo social”</p>	

Se presentó un resumen de los factores psicosociales más mencionados en cada relato de cada una de las adolescente, en base a las tres esferas de análisis que se tomó en cuenta para la presente investigación, se observaron la presencia de varios factores que, si bien la literatura recopilada indica que pueden ser factores positivos en el desarrollo adolescente, la presencia de situaciones los convierte en factores de riesgo. En el siguiente gráfico se observa un resumen de los factores previamente analizados de cada sujeto, dividiéndolos entre factores positivos y negativos.

Al lado izquierdo se encuentran los factores que actúan de forma negativa en el desarrollo de las adolescentes participantes en la investigación, y del lado derecho los factores positivos, se debe mencionar que la representación por medio de la barra es más corta ya que estos factores actúan de forma positiva pero en algunos casos de forma negativa, a excepción del factor individual relacionado a la proyección futura en donde el total de las participante refieren que su proyección es la culminación de sus estudios y la obtención de una carrera profesional.

Si bien este factor es bastante óptimo, es el menos atendido en las diferentes esferas sociales, ya que como se mencionó en la parte teórica, las primeras consecuencias del embarazo adolescente es la deserción escolar. Dicho factor encontrado debe ser tomado en cuenta para la generación de programas que fomente el apoyo educativo a las adolescentes en situación de embarazo.

Gráfico N° 7: Factores Psicosociales más frecuentes



Fuente: *Elaboración propia, extraído de las tablas de cada sujeto del resumen de sus relatos.*

C. Identificación de las percepciones sobre el aborto.

Para recabar la información sobre la percepción de aborto fue necesario preguntar sobre su educación sexual, ya que mientras narraban su historia de vida ellas no mencionaban nada en relación a este aspecto. Una vez realizada la pregunta sobre su conocimiento en educación sexual se pasó a preguntar sobre su conocimiento sobre el aborto y su percepción a él, además de su intención de realizarlo.

A continuación se presentarán las respuestas de forma concreta de cada sujeto.

Tabla N° 9: Resumen de factores psicosociales extraídos de las historias de vida y entrevistas semiestructuradas

Sujeto N°1	<p>“Si he escuchado uno no quiere tener hijos toma medicamentos o hierbas para abortar”</p> <p>“quiero abortar aunque sé que es pecado, los niños sufren por eso quiero abortar”</p>
Sujeto N°2	<p>“no sé exactamente que es”</p> <p>“no sabía cuidarme mi pareja compraba para que nos cuidemos”</p> <p>“no quiero continuar con el embarazo no quiero tener al hijo”</p>
Sujeto N°3	<p>“si sé que es el aborto pero yo no quiero tener hijos, me dijeron que aquí me van ayudar a abortar, mi abuela y mi madre son malas y dicen que la gente va hablar”</p> <p>“no quiero tener al bebe, es la mejor solución para no tener problemas con mi familia y amistades”</p> <p>“me perjudica en todo”</p>
Sujeto N°4	<p>“sé que es, pero no bien, las enfermeras nos hablaban un poco de eso”</p> <p>“no quiero tener al bebe, me hace recuerdo a lo que paso”</p>
Sujeto N°5	<p>“sé que es el aborto y como se hace, estoy triste no quiero tener al bebe”</p> <p>“siento que mi vida se acabó no quiero tener al bebe”</p>
Sujeto N°6	<p>“no nadie me dijo sobre el aborto pero si escuche en tv”</p> <p>“al principio si quería abortar, pero no es culpa de este ser que está en mi vientre, tenía miedo por mis papas y por el dinero”</p>
Sujeto N°7	<p>“si sé que es el aborto es la expulsión de tu bebe antes de su fecha de nacimiento”</p> <p>“si quiero abortar, aunque también sé que es matar a un indefenso”</p>
Sujeto N°8	<p>“si me dieron información cada vez que voy a mi control, pero no tengo riesgo en el embarazo”</p> <p>“si he querido abortar, porque no quiero hacerle a mi bebe lo mismo que a mí me hicieron”</p>

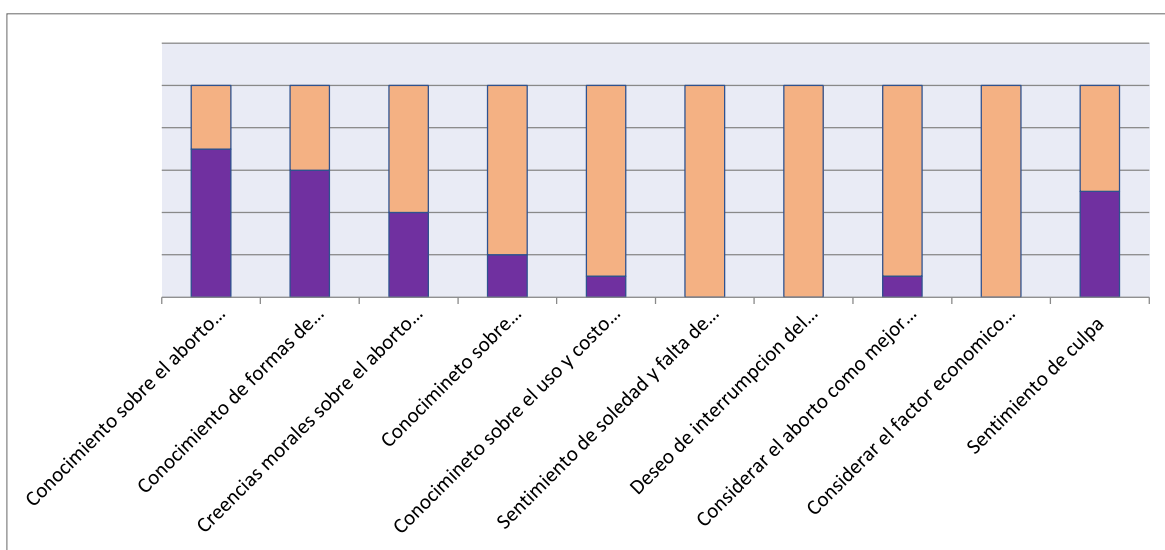
“no tengo apoyo estoy sola eso me hace pensar en abortar y no porque no lo quiera a mi bebe, pero me preocupa”

Fuente: *Elaboración propia, extraído de las historias de vida y entrevistas semiestructuradas.*

En la tabla anterior se describe un resumen de la percepción de las adolescentes frente al aborto, además de cuanto conocen de él, y su intención de hacerlo. Se observan respuestas bastante similares entre todas, un sentimiento de soledad y falta total de apoyo de toda su esfera tanto familiar, como social, el deseo nulo de continuar con el embarazo, percibiendo el aborto como una solución frente a creencias de que el bebé perjudicara su vida o sufrirá, por las carencias afectivas y económicas a las que se encuentran.

En el siguiente gráfico se refleja los indicadores de mayor presencia frente a las percepciones de aborto, mostrando un panorama muy asociado a la sintomatología de un cuadro depresivo, al nulo conocimiento de educación sexual principalmente.

Gráfico N° 8: Percepción y conocimiento de aborto



Fuente: *Elaboración propia, resumen de percepciones frente al aborto de las adolescentes.*

En el siguiente gráfico se observa las percepciones de mayor relevancia frente al aborto, en el que se realiza un contraste gráfico de cada una de ellas, el conocimiento sobre aborto es sumamente básico, sin conocimiento de las consecuencias y riesgos de su práctica, mucho menos de su implicancia legal dentro de la normativa del país. En este mismo sentido el conocimiento sobre cómo llevarlo a cabo es de las formas más inseguras de este procedimiento, a través de hierbas y pastillas y en lugares clandestinos donde ponen en riesgo su vida y la del ser en su vientre.

También se observa como las creencias morales principalmente de índole religioso, son las que redundan más en el discurso cuando piensan en no querer abortar.

Por otro lado, nuevamente resaltan los datos de una nula educación sexual y conocimientos de anticoncepción.

Toda esta situación pone a las adolescentes en una situación de total desamparo con sentimientos de soledad lo que ocasiona el deseo de interrumpir el embarazo, dadas las características de sus historias de vida. Lo que les lleva a considerar al aborto, fuera de las creencias morales, que es la mejor opción, pensamientos de que abortar evitaría incrementar su delicada situación familiar, social y económica, además de creer que abortar evitaría una vida de sufrimiento para un ser indefenso, estos últimos datos asociados a la presencia de un posible cuadro depresivo.

D. Describir la presencia de depresión.

Para la presentación de los siguientes resultados fue necesario ir indagando de forma más específica en la entrevista semiestructurada. Ya que, si bien en las historias de vida narraban ciertos sucesos, mostraban ciertas actitudes que al ser cuestionadas, las respuestas fueron en la mayoría de los casos sintomatología de un posible cuadro depresivo.

A continuación se presentara el análisis de las respuestas obtenidas.

Tabla N° 10: Indicadores de cuadro depresivo identificados en los sujetos

	Detalle	Indicadores de cuadro Depresivo
Sujeto N°1	<p>“me siento muy triste, hay momentos que no tengo ganas de comer, pienso y pienso de mi embarazo”</p> <p>“me preocupo mucho, tengo pena no sé qué hacer tengo pena de mi embarazo”</p> <p>“A veces me levanto en la noche, después no puedo dormir, quiero llorar y llorar, pero sé que con eso nada voy a solucionar...reniego mucho hasta he ido a hacer problemas a la casa de mi pareja”</p> <p>“muchas veces me siento sola, no sé dónde acudir”</p> <p>“así como estoy ya no quisiera vivir, la vida es dolor se sufre mucho”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la alimentación/ peso • Insomnio • Fatiga <p>Emocionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animo depresivo • Ideación suicida • Desesperación • Irritabilidad <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar. • Pobre concentración (dato obtenido a partir del comportamiento en cada una de las sesiones) • Indecisión

<p>Sujeto N°2</p>	<p>“me siento triste siempre”</p> <p>“la vida me parece un misterio”</p> <p>“una vez casi me violaron un familiar en mi casa, eso me preocupa mucho, ahora esta situación también”</p> <p>“cada día estoy más melancólica, extraño verme con mi pareja como era antes”</p> <p>“no sé lo que siento dentro de mí, no sé dónde tengo la cabeza, todo el tiempo estoy cansada y a veces no puedo dormir”</p> <p>“me canso mucho cuando hago las cosas en mi casa”</p> <p>“me siento muy asustada, ansiosa”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación psicomotora • Insomnio <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culpa inapropiada • Desesperación • Animo depresivo • Ansiedad <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre concentración • Dificultad de memorizar • Indecisión.
<p>Sujeto N°3</p>	<p>“me siento triste todo el tiempo mi pareja me ha dicho que nos vamos a casar, pero me ha visto embarazada y también yo se lo he dicho a él y él no quiere saber nada se ha perdido”</p> <p>“tengo nauseas, por el embarazo y me duele mucho la cabeza”</p> <p>“llore mucho cuando mi pareja me dejo”</p> <p>“no tengo ganas de hacer nada”</p> <p>“noches no duermo bien estoy triste todos los días pienso que será de mí y digo que si saben mi abuela o mi mama me matarían por eso no quiero tener hijos”</p> <p>“ya no estar en este mundo, ya no tendría que pasar por todo esto, cerrar los ojos y ya”</p> <p>“A veces no tengo ganas de comer además estoy triste y apenas no me entra la comida. Tengo sueño, pero tengo que ayudar a vender a mi madre”</p> <p>“nadie me ha ayudado siempre estoy sola”</p> <p>“hay momentos que no quisiera vivir porque nadie me entiende”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de alimentación/peso • Insomnio/Hipersomnia • Cefaleas • Fatiga <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Ideación suicida • Culpa inapropiada • Desesperación • Animo depresivo • Falta de interés <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar • Pobre concentración • Indecisión

<p>Sujeto N°4</p>	<p>“estoy triste lloro mucho”</p> <p>“a veces me despierto asustada no sé porque”</p> <p>“duermo mucho desde que estoy embarazada”</p> <p>“tengo mucho miedo de que me vuelvan a violar, tengo miedo de ser mamá”</p> <p>“tengo pesadillas y sobresaltos, casi no puedo dormir desde esa vez”</p> <p>Me preocupa mis estudios, ahorita no tengo ganas de hacer nada, solo eso me preocupa”</p> <p>“desde que supe que estoy embarazada me da rabia todo”</p> <p>“debe ser por el embarazo, pero no quiero comer me siento mal, tengo dolor de cabeza, tengo vómitos y me fatigo”</p> <p>“me siento tonta, por no haber sido buena para los estudios”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Insomnio/Hipersomnia • Cambio en la alimentación/peso • Fatiga <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Ideación suicida • Culpa inapropiada • Desesperación • Ánimo depresivo • Ansiedad <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar • Pobre concentración • Indecisión
<p>Sujeto N°5</p>	<p>“me siento culpable, triste no quiero tener al bebe”</p> <p>“tengo miedo de enfrentar a mis padres”</p> <p>“me preocupa no tengo dinero no sé cómo voy a hacer”</p> <p>“mi pareja estaba conmigo cada vez que quería y en cualquier momento”</p> <p>“estoy muy preocupada no sé qué hacer hasta se me quita el hambre de la preocupación”.</p> <p>“tengo sobresaltos todo el tiempo, me siento sola”</p> <p>“mi pareja me pegaba por eso me escape, desde esa vez estoy con miedo nerviosa de que me busque otra vez de que vuelva”</p> <p>“estoy cansada de tantos problemas, no duermo, no como, ya no puedo más”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Cambio en la alimentación/peso • Fatiga • Agitación psicomotora <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida • Culpa inapropiada • Desesperación • Ánimo depresivo • Ansiedad <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar • Pobre concentración • Indecisión

	<p>“me siento muy sola, mis papas no saben de mi embarazo”</p> <p>“en estos momentos me siento muy confundida”</p>	
Sujeto N°6	<p>“estoy preocupada y triste, me siento culpable porque no supe cuidarme y no hice caso a mis papas”</p> <p>“casi no duermo bien estoy siempre preocupada”</p> <p>“reniego de todo casi no tengo hambre y me encuentro siempre malhumorada”</p> <p>“tengo miedo a que me boten de mi casa y me peguen mis hermanos...tengo miedo de que mi hijo nazca y no tenga apellido paterno”</p> <p>“me siento triste, lloro todos los días me siento culpable”</p> <p>“todo quiero hacer rápido me siento nerviosa”</p> <p>“si por mi fuera dejaría todo y no haría nada”</p> <p>“morirse es descansar de tantos problemas, la persona que se muere es feliz porque descansa de tantos problemas”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio en la alimentación/peso • Fatiga <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Ideación suicida • Culpa inapropiada • Falta de interés • Desesperación • Ánimo depresivo • Ansiedad <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar • Pobre concentración • Dificultad de memorizar • Indecisión
Sujeto N°7	<p>“aunque me siento triste tengo que poder para poder sobrellevar todo”</p> <p>“tengo miedo tener a mi bebé y no saber como criarlo”</p> <p>“en las noches pienso mucho no duermo casi nada”</p> <p>“todo lo que estoy viviendo me ha vuelto bien renegona”</p> <p>“me siento molesta por no tener dinero y con mis papas, me siento traicionada por mi pareja”</p> <p>“me siento bien fatigada todo me cansa hacer”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Cambio en la alimentación/peso • Fatiga <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Ideación suicida • Culpa inapropiada • Falta de interés • Desesperación • Ánimo depresivo • Ansiedad

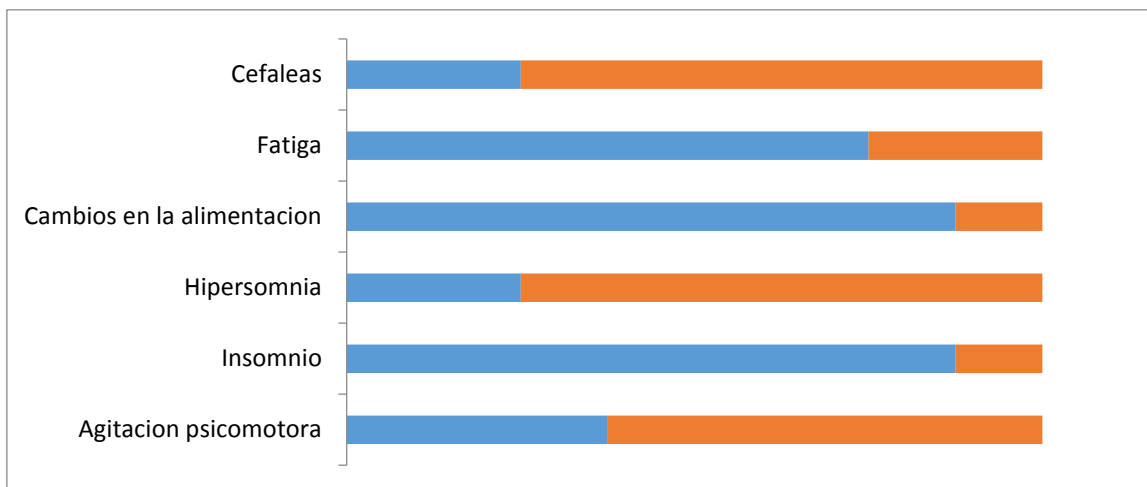
	<p>“hace algún tiempo que tengo insomnio estoy muy preocupada”</p> <p>“estoy bien impaciente, tengo mucha hambre y reniego sin motivo de todo”</p>	<p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar • Pobre concentración • Dificultad de memorizar • Indecisión
<p>Sujeto N°8</p>	<p>“me siento muy triste porque no pensé bien cuando estaba con mi pareja y él no se hizo cargo de mí y menos se hará cargo del bebe”</p> <p>“mi vida cambio desde el día que supe que estaba embarazada, hay días que me siento cansada y no hago nada, solo pienso todo lo que ahora estoy pasando”</p> <p>“siempre estoy renegando y tratando mal a quien este enfrente”</p> <p>“no tengo apoyo de nadie me siento muy sola”</p> <p>“no duermo bien estoy preocupada en no saber qué hacer”</p> <p>“no sé qué va a pasar si se enteran que estoy embarazada tengo miedo”</p>	<p>Físicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agitación psicomotora • Insomnio • Cambio en la alimentación/peso <p>Emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Culpa inapropiada • Falta de interés • Desesperación • Ánimo depresivo • Ansiedad <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la capacidad de pensar • Pobre concentración • Dificultad de memorizar • Indecisión

Fuente: *elaboración propia extraído de las historias de vida y entrevistas semiestructuradas.*

En la tabla presentada se observan de forma expresa lo que cada sujeto participante de la investigación menciona en relación a la presencia de un posible cuadro de depresión. En la columna de indicadores se encuentra de forma detallada los indicadores encontrados en cada sujeto en relación a las tres esferas sintomatológicas en las que se puede reconocer el cuadro depresivo, esto verificado con la literatura correspondiente y en base al artículo: Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento del boletín de la Academia Nacional de Medicina de México (2017). Donde se resumen las características del cuadro depresivo en adolescentes.

En el siguiente grafico se presentará un resumen visual de las características de mayor relevancia en cuanto al cuadro depresivo de las adolescentes. Siendo que se reconoce que los sujetos de investigación estarían presentando sintomatología depresiva.

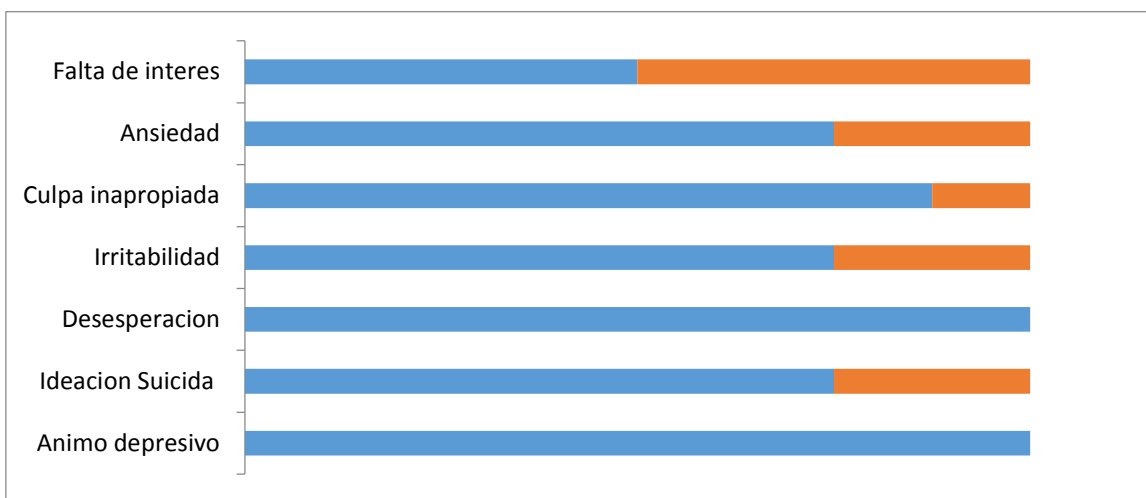
Gráfico N° 9: Sintomatología depresiva en la esfera física



Fuente: *Elaboración propia resumen de las tablas anteriores.*

En este primer grafico se observa de forma visual y resumida los factores sintomatológicos de la depresión en la esfera física que presentan las adolescentes, en relación de su mayor o menor presencia, como en el caso de la alimentación, ya que hay que resaltar que una mayoría de las adolescentes presentan cambios en este indicador principalmente, y en el sueño, la mayoría de los sujetos de investigación, no consiguen conciliar el sueño manifestando que es debido a la carga de preocupaciones que el embarazo les genera, además de las situaciones familiares, de pareja y económicas en la que se encuentran.

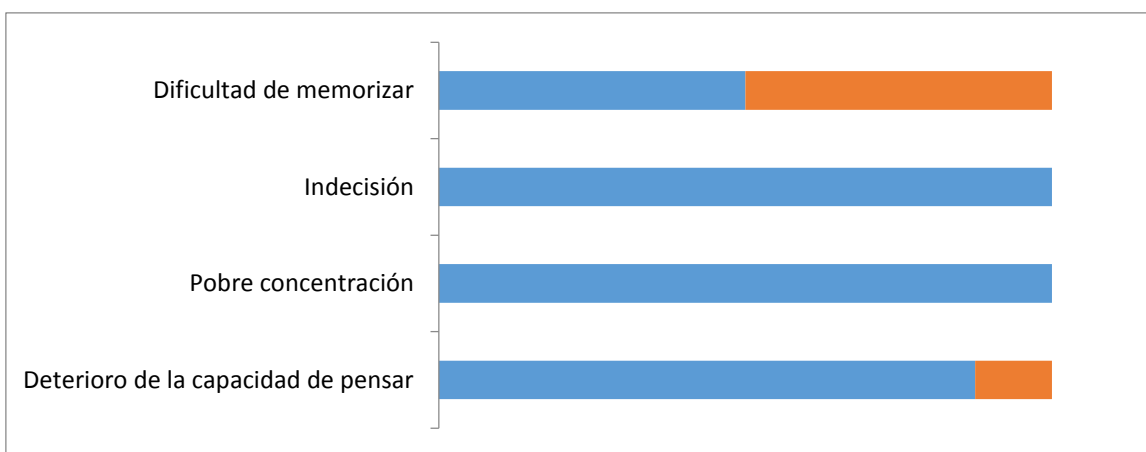
Gráfico N° 10: Sintomatología depresiva en la esfera emocional



Fuente: *Elaboración propia resumen de las tablas anteriores.*

En el presente gráfico podemos observar de forma alarmante como la esfera emocional está gravemente afectada y presenta varios indicadores de la presencia de depresión en adolescentes, indicadores como la desesperación y el ánimo depresivo se encontraron en la totalidad de los sujetos participantes, además de reconocer que la ideación suicida está presente en una forma muy alta dentro de las narrativas de las mujeres, en las que mencionaban que la muerte les parece una mejor opción a la situación conflictiva de sus vidas.

Gráfico N° 11 Sintomatología depresiva en la esfera cognitiva



Fuente: *Elaboración propia resumen de las tablas anteriores.*

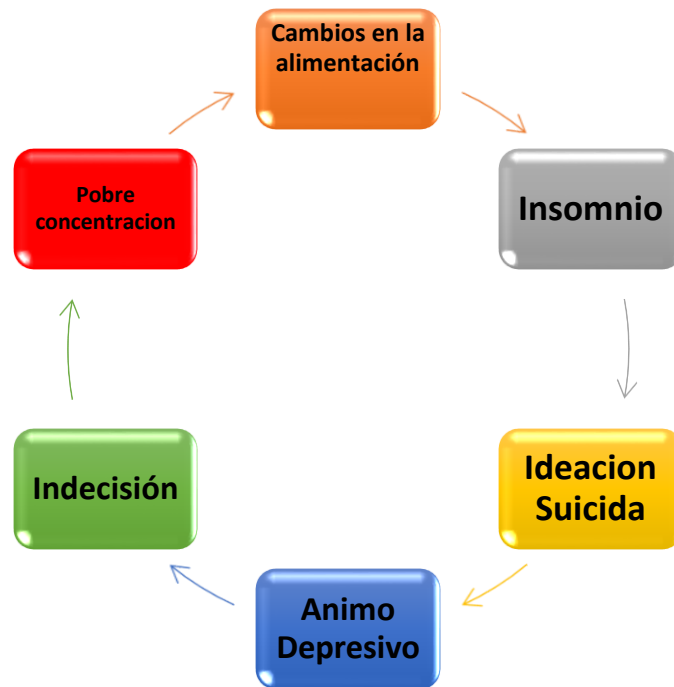
En este último cuadro está gráficamente presentado el resumen de la sintomatología en la esfera cognitiva, nuevamente nos encontramos con dos indicadores que se presentaron en la totalidad de los adolescentes participantes; la pobre concentración y la indecisión, esto a partir de la situación actual

que viven el hecho de tener que ocultar el embarazo, el enfrentarse a una situación de apoyo nulo, y la indecisión de interrumpir el embarazo o continuar entre otros factores, han afectado la esfera cognitiva de estas adolescentes.

Indicadores de depresión en adolescentes

Consecuencias en las tres esferas: social, emocional, cognitiva.

Gráfico N° 12: Sintomatología más frecuente presentada en la población estudiada



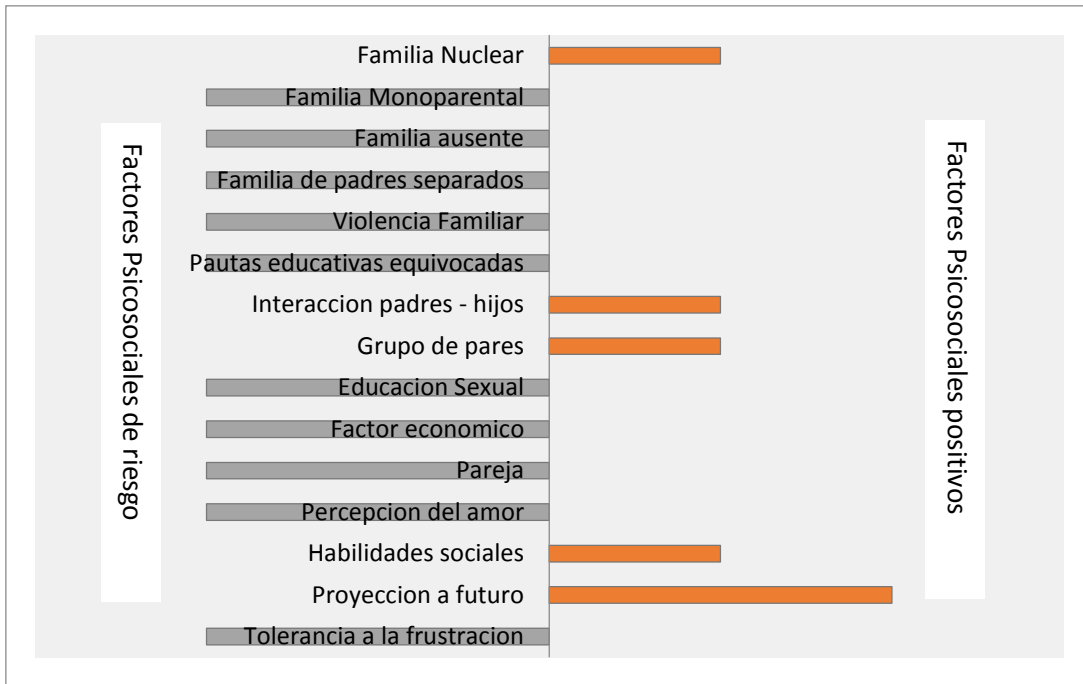
Fuente: *Elaboración propia. Indicadores de depresión en adolescentes que asisten al CAM con mayor presencia.*

De manera general en este apartado de resultados es necesario mencionar que a partir de los relatos descritos de forma literal, se fueron identificando los indicadores en relación a la literatura consultada, además de ello, fue necesario realizar un gráfico visual para comprender que las adolescente en su totalidad están experimentando un cuadro de depresión, en el que el CAM, está interviniendo. Tomando en cuenta que no puede confirmarse el cuadro depresivo, ya que para ello se debe tener un proceso psicológico de mayor profundidad además de la aplicación de otro tipo de instrumentos y herramientas, si podemos concluir en este apartado que todas las adolescentes esta presentado varios indicadores de sintomatología depresiva. Con consecuencias muy fuertes en las esferas emocionales y cognitivas principalmente.

E. Identificación de los factores psicosociales de mayor influencia para la depresión.

Para exponer el siguiente apartado de resultados se presentarán gráficos de resumen en relación a los anteriores apartados de resultados. Para así poder mostrar lo identificado mediante la descripción del análisis de la presente investigación.

Gráfico N° 13: Resumen de factores psicosociales más presentes en las adolescentes

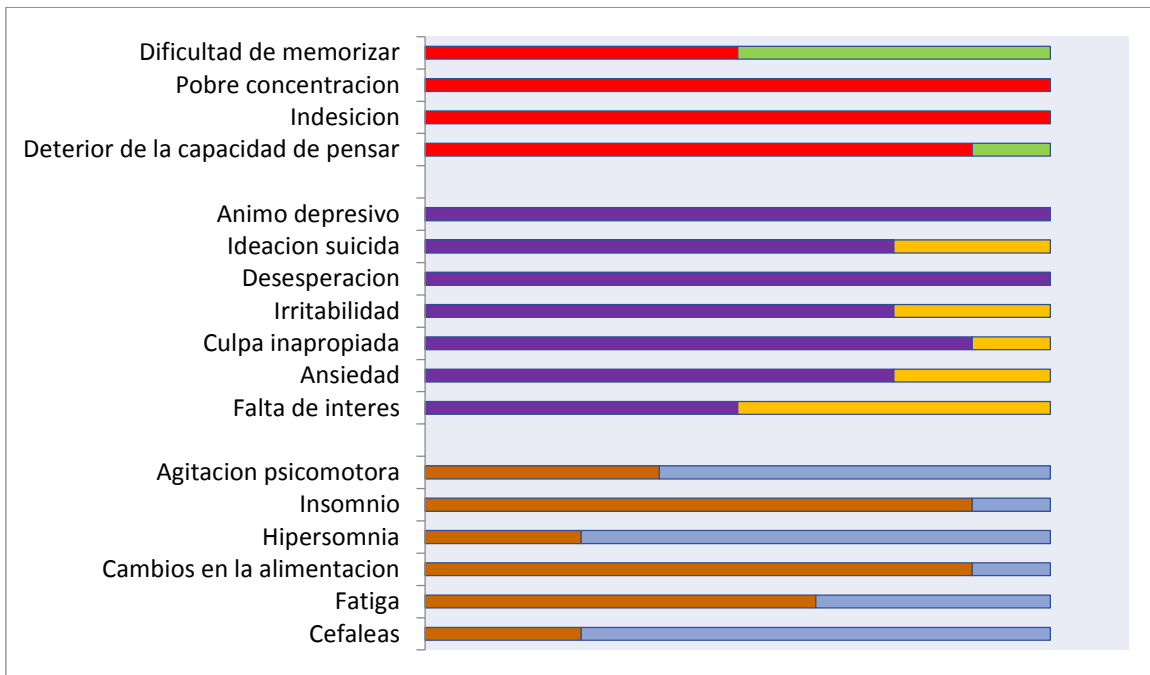


Fuente: *Elaboración propia. Indicadores de depresión en adolescentes que asisten al CAM con mayor presencia.*

En el cuadro se presenta el resumen de los datos identificados en cuanto a la presencia de los factores psicosociales ya sean en su forma de riesgo o positiva, es así que se tuvo que factores como convivir en familias monoparentales, de padres ausentes o separados, la presencia de violencia familiar y las pautas educativas equivocadas se convierten en factores de riesgo, además de que dentro de los factores ambientales todos los factores identificados y presentes en las adolescentes son de riesgo estos son la educación sexual, el factor económico, la pareja y la percepción del amor.

Dentro de los factores individuales las habilidades sociales y la proyección a futuro se convierten en factores positivos presentes en las adolescentes; y la tolerancia a la frustración es el factor individual que se encontró como factor de riesgo.

Gráfico N° 14: Resumen de los indicadores de depresión en las tres esferas

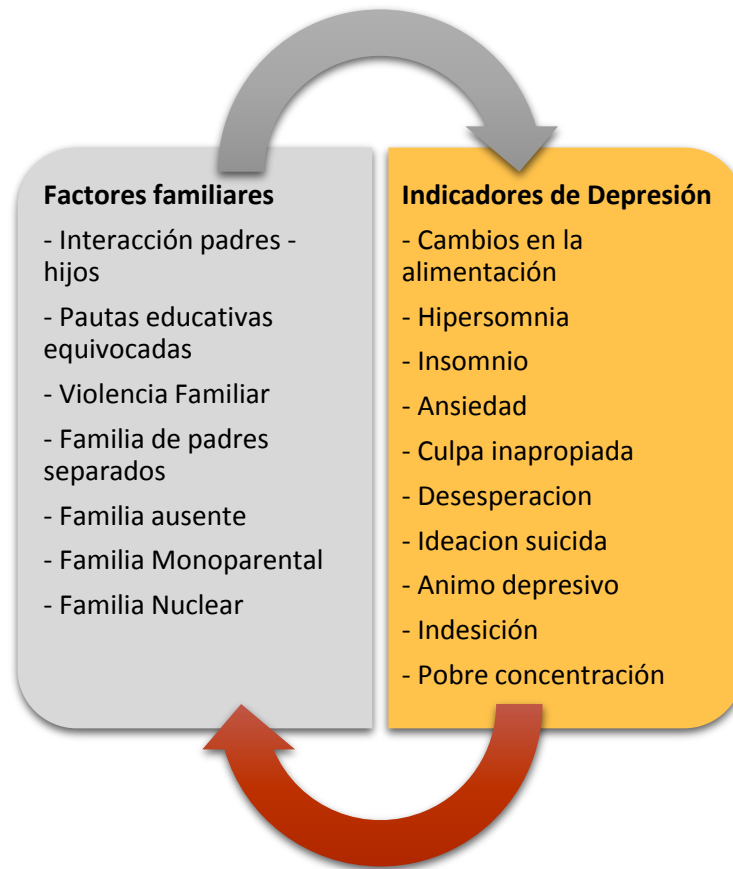


Fuente: *Elaboración propia. Indicadores de depresión en adolescentes que asisten al CAM con mayor presencia.*

En el cuadro precedente se resume la presencia de los indicadores en las diferentes esferas identificadas en la investigación a partir de los instrumentos aplicados. Es así que se obtuvo en la esfera física que la pobre concentración y la indecisión fueron los indicadores de más presencia, en la esfera emocional el ánimo depresivo y la desesperación también se identificaron en su totalidad dentro de las adolescentes, y en la esfera cognitiva el insomnio y los cambios en la alimentación son indicadores presentes en los resultados hallados.

A partir del resumen de los factores psicosociales más presentes en las adolescentes sujetas a investigación y de los indicadores de depresión, se pasa a mostrar la asociación entre ambos para poder identificar qué factores influyen más para que las adolescentes estén presentando sintomatología de depresión, esta que si no es atendida debidamente puede agravarse y traer consecuencias en toda su espera personal.

Gráfico N° 15: Relación de los Factores Familiares con los Indicadores de Depresión



Fuente: *Elaboración propia en base al programa Atlas.ti 7. Indicadores de depresión en adolescentes que asisten al CAM con mayor presencia.*

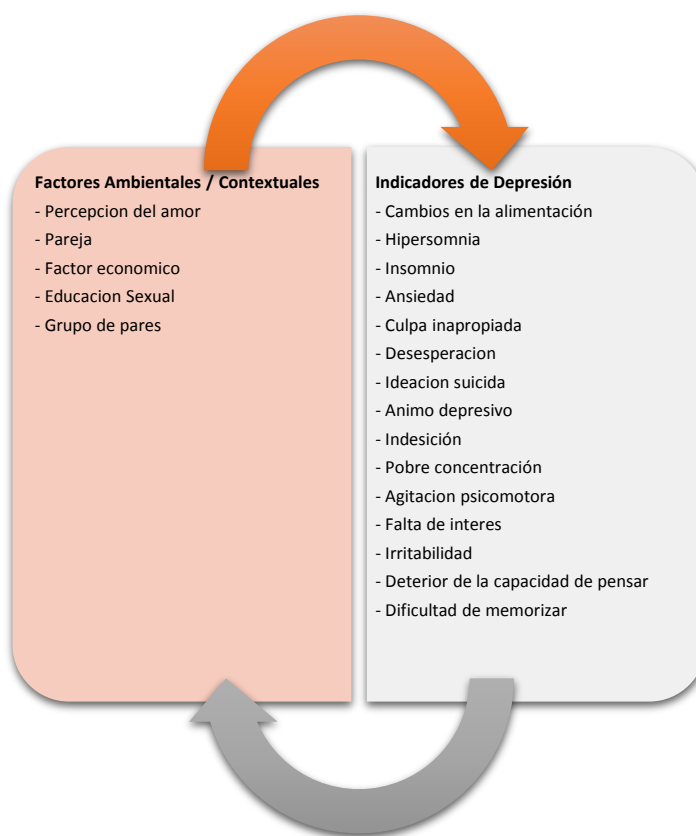
Entre los factores familiares relacionados a la situación de depresión de las adolescentes refieren en mayor medida que los cambios en la alimentación, el insomnio, la desesperación, la indecisión, se presentan a partir de la situación familiar. Esto quiere decir que el hecho de ocultar el embarazo, de ver o vivir situaciones de violencia acarrea una situación de vulnerabilidad que afecta en la sintomatología de la depresión.

Hay que recalcar que los factores de mayor presencia como factor para generar un cuadro de depresión a partir del análisis de la información recabada son:

- Violencia familiar.
- Interacción padres – hijos
- Familia ausente.

En este sentido se debe tomar en cuenta que si bien existe presencia de factores familiares como negativos frente a la situación de embarazo la violencia familiar y el embarazo no esperado se convierte en una doble situación de vulnerabilidad. También la interacción de padres – hijos resalta como importante a partir de que la narrativa de las adolescentes es que en primer lugar la comunicación con los padres es de temor, de desconfianza; y en segundo lugar de que a pesar de esta situación las adolescentes aun consideran a su entorno más cercano el apoyo que necesitan en estos momentos. En este mismo sentido es que la familia ausente representa mayor factor negativo ya que, la educación, la guía y el apoyo que las adolescentes requieren lo encuentran en el exterior y este en muchas ocasiones no es benéfico para el desarrollo de las adolescentes, y las mantiene en una situación de vulnerabilidad.

Gráfico N° 16: Relación de los Factores Ambientales / Contextuales con los Indicadores de Depresión



Fuente: *Elaboración propia en base al programa Atlas.ti 7. Indicadores de depresión en adolescentes que asisten al CAM con mayor presencia.*

Para este segundo grafico tenemos el resumen de los factores ambientales / contextuales de mayor presencia en las historias de vida y en las entrevistas semiestructuradas.

Es llamativo observar que la mayoría de los indicadores de depresión se encuentran relacionados a los factores ambientales y contextuales. Entre los más mencionados están:

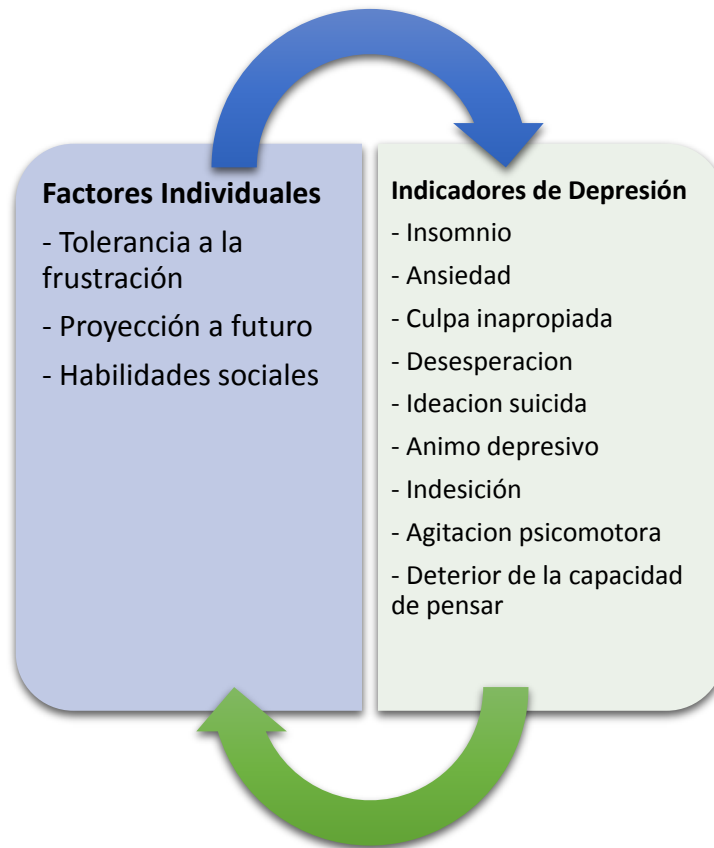
- Situación económica de precariedad
- Ausencia nula de educación sexual y anticoncepción
- Abandono de pareja
- Violencia de pareja¹²
- Percepción de amor romántico

En este punto el mayor problema que atraviesa la población es los recursos económicos limitados, esto conlleva una serie de situaciones que empeoran y vulneran la vida y el desarrollo de las adolescentes, como lo es la nula y poca atención en educación sexual, lo que llevaría al precario acceso a salud, entre otras situaciones.

Por otro lado, también se observa que el abandono de las parejas ocasiona múltiples síntomas de depresión, ya que estas están asociadas a la pérdida del amor en relación a sus expectativas, y percepciones del amor romántico. Estas creencias generan la sintomatología de la depresión y agravan esta situación al enfrentarse al rechazo de quien fue su pareja.

¹² Indicador analizado en los factores familiares.

Gráfico N° 17: Relación de los Factores Individuales con los Indicadores de Depresión



Fuente: *Elaboración propia en base al programa Atlas.ti 7. Indicadores de depresión en adolescentes que asisten al CAM con mayor presencia.*

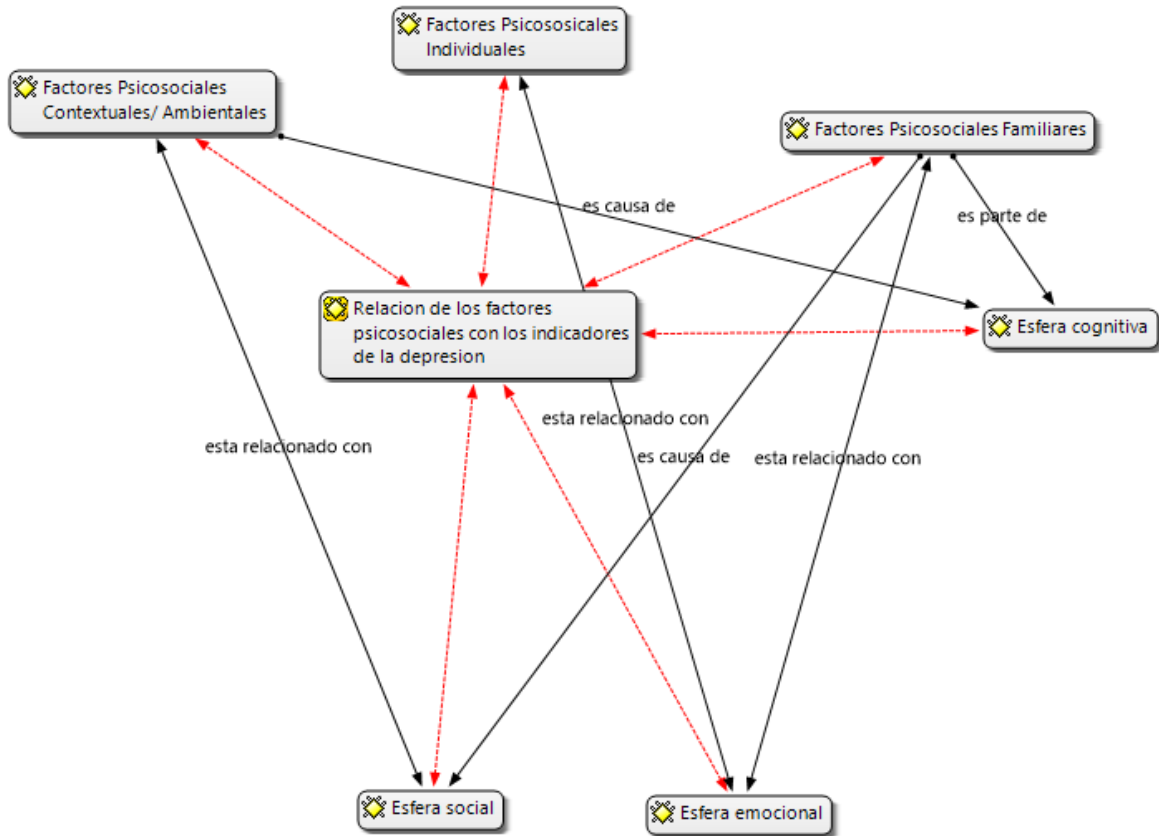
En este último gráfico se observa la relación de los factores individuales con los indicadores de la depresión, en este sentido los de mayor relevancia dentro del análisis de información fue:

- Proyección a futuro frustrada
- Baja tolerancia a la frustración

En estos factores lo principal que mencionaron es el hecho de que la situación de embarazo les ocasiono un cambio drástico en su vida, percibiendo el embarazo como una situación que frustra completamente cualquier proyección a futuro, que limita sus estudios y la generación de dinero por no poder trabajar estando embarazada. Otra situación es la baja tolerancia a la frustración acompañado de toda la carga emocional de cada una de sus historias, lo que les lleva a tomar decisiones que las exponen a un riesgo inminente; en muchos casos por escapar de la situación delicada de su entorno familiar se refugian en parejas sentimentales, y en su mayoría siguen un patrón de vínculo afectivo negativo; esta misma situación las pone en terrenos de riesgo como las enfermedades de transmisión

sexual y los embarazos, buscando una salida o solución a su situación familiar, y cuando se encuentran como en estos casos en situación de embarazo consideran el aborto como la mejor solución, ya que se enfrenta y se ven desprovistas de lo que creían que era una mejor salida.

Gráfico N° 18: Resumen de la relación de los factores psicosociales y los indicadores de la depresión



Fuente: Elaboración propia

Como bien se describió la presente investigación está apoyada en el análisis de la teoría fundamentada, a partir de la saturación de datos se obtuvo que los factores psicosociales que se encuentran en riesgo, tienen relación con los indicadores de depresión en las tres esferas, teniendo así, que los factores psicosociales individuales están relacionados a los indicadores de la depresión de la esfera cognitiva y relacionado a la esfera emocional, siendo los indicadores de depresión de la esfera social consecuencia de los factores psicosociales familiares.

Los factores ambientales están relacionados con los indicadores de la depresión de la esfera social, y los indicadores de la esfera cognitiva son causa de los factores psicosociales ambientales/contextuales. En el caso de los factores individuales sería el causante de los indicadores de depresión de la esfera emocional.

El análisis de cada etapa en los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos permitió llegar a las conclusiones necesarias para poder responder a los objetivos planteados para la investigación, generando conclusiones específicas y generales e identificando la teoría en cuanto al análisis realizado.

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

El trabajo realizado en la institución fue de atención a madres gestantes con embarazo inesperado o no planificado en especial aquellas madres que recurrían a la institución con la intención de realizarse el aborto con una seguridad absoluta que querían interrumpir el embarazo por diferentes situaciones y factores. Al llegar al centro y a partir del apoyo que reciben, la decisión de abortar cambia casi en la totalidad de los casos logrando que las mujeres lleven a término su embarazo.

La finalidad de CAM es de aportar y favorecer en la orientación a las mujeres que enfrentan el estrés de un embarazo inesperado, la misma repercute en lo familiar, social, psicológico, económico. Al mismo tiempo trata de trabajar en la prevención del aborto, ya que ello puede llevar a desmejorar la salud, y por ende desmejorar su calidad de vida de la mujer gestante o incluso su muerte, como la revisión bibliográfica lo muestra.

Como bien se menciona las mujeres que llegan al centro, van en busca de un aborto, el centro ofrece un apoyo integral en lo económico, atención médica, orientación psicológica, la intermediación con los familiares más cercanos y por ultimo buscar albergues o la posibilidad de dar en adopción. En caso de aceptación de llevar a término el embarazo, la institución con el apoyo de voluntarios y la iglesia católica realiza un seguimiento constante hasta que la madre gestante pueda dar a luz, luego insertar a alguna fuente laboral a la madre para que pueda valerse por sí misma, también se les brinda cursos de capacitación en área técnica para que se preparen las madres y puedan ser independientes económicamente.

Durante el proceso de apoyo las mujeres gestantes reciben orientación a través de videos, charlas, e información real sobre las consecuencias fisiológicas, psicológicas, familiares y sociales del aborto para que ellas mismas sean las que tomen una decisión con una visión clara de seguir adelante con la concepción del nuevo ser.

La tarea de orientar no es nada fácil ya que son casos muy extremos en donde los factores psicosociales, que las mismas presentan generan presión familiar, económica, social, además del temor por el rechazo familiar y social en su mayoría.

A partir de todo el apoyo generado por el centro, casi la totalidad de las mujeres deciden continuar con su embarazo. Pero indagar sobre las problemáticas personales de este sector poblacional se convierte en un tema de salud pública por que interfiere tanto la salud mental por la presencia de cuadros depresivos y la salud física al poner en riesgo la vida de la gestante por un aborto mal practicado.

La problemática abordada en la investigación permitió realizar una identificación de la población más vulnerable dentro del segmento de mujeres embarazadas con intento de aborto, que son las adolescentes, a partir de ello es que la recolección de la información pudo responder a cada objetivo específico planteado y a la problemática estudiada.

En este sentido se pudo concluir que:

- A partir de la recolección de datos sociodemográficos el dato más relevante que se pudo evidenciar es que las adolescentes se encuentran sin una entrada económica segura, además de no haber concluido los estudios. Situación que agrava el escenario de las adolescentes en su situación de embarazo y que se relaciona de manera estrecha a los datos previos que se encuentran plasmados en la revisión teórica, que relaciona el embarazo precoz a la deserción escolar, y por ende a la reproducción de la pobreza. Además de limitar considerablemente la inserción laboral, y la nula posibilidad de la continuidad de los estudios al no contar con el apoyo del entorno más cercano y verse enfrentadas a la responsabilidad de la vida de un hijo.

Cabe mencionar que las adolescentes que fueron parte de la investigación, presentan deseos futuros de continuar con sus estudios, imaginando la culminación de estudios profesionales. Esta ideación futura en muchos casos no se concreta por el nulo apoyo a las adolescentes gestantes.

- Dentro de la identificación de los factores psicosociales de mayor presencia se obtuvo que los factores de riesgo son los más presentes en las adolescentes, es decir que las adolescentes parte de la investigación viven en entornos familiares como familias monoparentales, con padres ausentes, o de padres separados, con violencia familiar y de pautas educativas equivocadas. Entre los factores contextuales se observa que los factores identificados son también de riesgo, la falta de educación sexual, el factor económico, la relación con la pareja o la ausencia de esta, y la percepción del amor están presentes como factores de riesgo evidencia la situación delicada por la que atraviesan los adolescentes. Y entre los factores individuales la tolerancia a la frustración es el factor que está presente como riesgoso en las adolescentes.

Por otro lado los factores identificados como positivos son pocos, lo que representaría que la presencia de los factores de riesgo, generan la presencia de indicadores de depresión. Se debe tomar en cuenta dentro de los datos hallados se encontró que las adolescentes parte de la investigación estuvieron cercanas o sometidas al abuso sexual, situación que identifica una nueva problemática en este sector poblacional. Otro factor alarmante es la presencia de

violencia aprendida, adolescentes que viven violencia familiar y que en todos los casos analizados las parejas repetían estos patrones de conducta agresivos.

- En lo que refiere la percepción del aborto, es vista como solución a un problema que afecta a todas las esferas de desarrollo de las adolescentes. El limitado conocimiento y de forma errónea de lo que implica el aborto sumerge a las adolescentes en terrenos donde ponen en riesgo su salud y la de la vida del nuevo ser surgido de su vientre. Lamentablemente el conocimiento con el que cuentan las adolescentes gestantes es bastante básico, sin conocimiento de las consecuencias y riesgos de su práctica, mucho menos de su implicancia legal dentro de la normativa del país. Recurriendo principalmente a remedios caseros, o en lugares clandestinos para someterse a un aborto, cabe mencionar que enfrentarse a una situación de aborto es de por sí conflictiva para la mujer, en casos como las adolescentes son situaciones doblemente preocupantes al estar sometidas a intervenciones sin el apoyo emocional y los cuidados necesarios de salud e higiene.

También se observa como las creencias morales principalmente de índole religioso, son las que redundan más en el discurso cuando piensan abortar, las creencias familiares arraigadas dentro de la cultura del entorno familiar y social, les genera cierto sentimiento de culpa, lo que se relacionaría con el hecho de haber identificado la nula o errónea educación sexual recibida, pues este factor dentro del ámbito religioso muchas veces es concebido desde el tabú y la culpa. Por ende, la educación sobre anticoncepción también básica, nula o errónea.

- Es así que bajo las características en cuanto la educación sexual que se identificaron, también fue necesario indagar las percepciones conceptuales acerca del aborto, tomando en cuenta que todas las adolescentes tenían intenciones de realizar un aborto inducido. A partir del análisis de los datos obtenidos se pudo evidenciar que el conocimiento sobre el aborto es básico, palabra utilizada por ellas mismas al referirse cuanto conocen de la realidad de lo que implica un aborto inducido; además de que las formas en que consideraron practicar un aborto están relacionadas a situaciones en riesgo, acudiendo a formas caseras como hierbas, pastillas de cuya aplicación desconocen o realizar el aborto en lugares clandestinos donde no se cuenta con la higiene y salubridad para intervenciones de este tipo.

Por otro lado, la presencia de sentimientos de culpa, de soledad y falta de apoyo emocional y económico son factores que inciden en que las adolescentes perciban el aborto como la mejor solución a su situación.

- La situación de cada una de las adolescentes que participaron en la investigación es sumamente delicada, los indicadores de depresión están presentes y afectando a las tres

esferas de su desarrollo personal a nivel físico, emocional y cognitivo. Si bien no se puede concluir que existe un cuadro de depresión, porque para ello se requiere un diagnóstico, si se puede concluir que existen varios indicadores de depresión presentes en las adolescentes.

Los indicadores de depresión presentes en las adolescentes se ven agravados por los factores psicosociales en riesgo que se identificaron, se podría concluir que son estos factores los que inciden en la presencia de los indicadores de depresión, afectando significativamente el desarrollo de su embarazo, ya que estos indicadores están presentes en todas las esferas.

En la esfera física las alteraciones más presentes son el insomnio y los cambios en la alimentación, lo que altera considerablemente su estado de ánimo en las esferas cognitivas, presentando una pobre concentración e indecisión, frente al panorama en el que se encuentran pues como se mencionó, la situación del embarazo las posiciona en una situación donde muchos factores acompañados de creencias, moral y culpa intervienen en la decisión de llevar a término el embarazo. Bajo este panorama es que la esfera emocional es la más afectada presentando indicadores como el ánimo depresivo, la desesperación, la culpa inapropiada en índices altos e incluso la ideación suicida se encuentra presente dentro de las adolescentes que participaron en la investigación, y es que la falta de apoyo y el temor a las múltiples situaciones a las que se encuentran sometidas incrementan la presencia de los diferentes indicadores de depresión.

A partir de los diferentes datos hallados de la recolección de información y el análisis es que se logró alcanzar el objetivo planteado para la investigación que era definir los factores psicosociales que más influyen para la generación de la depresión, si bien no se puede concluir que las adolescentes tienen depresión, ya que para ello se requeriría de más pruebas para llegar a un diagnóstico, si se puede evidenciar como los factores de riesgo que están presentes generan índices alto de los indicadores de depresión en las diferentes esferas.

Si bien los factores psicosociales antes mencionados están presentes a lo largo de la vida y en la cotidianidad del desarrollo humano; es importante analizar qué factores se convertirían en detonantes para la depresión en la vida de una adolescente embarazada, además de haber observado como esta situación las ha llevado a querer interrumpir su embarazo y que vean esta situación como la mejor solución a sus problemas.

Por otro lado, el análisis en base a la teoría fundamentada y la saturación de datos con la que se llevó a cabo el análisis, que apoyó a la investigación permite concluir que los factores psicosociales familiares, individuales y ambientales, repercuten de manera directa en la generación de indicadores

de depresión. La identificación de los factores psicosociales que tienen relevancia para generar un posible cuadro depresivo son los presentados en la siguiente tabla.

Tabla N° 11: Resumen de factores identificados para el desarrollo de la depresión

Factores Familiares	Factores Ambientales / Contextuales	Factores Individuales
<ul style="list-style-type: none"> • Violencia familiar - Violencia de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> • Situación económica de precariedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Proyección a futuro frustrada
<ul style="list-style-type: none"> • Interacción padres – hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia nula de educación sexual y anticoncepción 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja tolerancia a la frustración
<ul style="list-style-type: none"> • Familia ausente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de pareja 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de amor romántico 	

Fuente: *Elaboración propia*

Estos son los factores más presentes y que han causado más sintomatología de depresión en las adolescentes, factores que someten en su conjunto a una situación de gran vulnerabilidad. No solo de depresión, sino a consecuencias muy graves. La situación del aborto clandestino se cobra la vida de miles de mujeres cada año, y trae en consecuencias que pueden ser de por vida en diferentes aspectos físicos, emocionales, psicológicos entre otros.

Además es necesario mencionar que la depresión no puede manifestarse únicamente en esta situación de embarazo, puede convertirse en una cuadro clínica crónico, o presentar un cuadro depresivo post parto, que bajo las características en las que al momento de recabar la información se encontraban las adolescentes, las posibilidades se incrementan.

Por último se puede concluir que el análisis de los resultados nos han permitido generar los factores de mayor presencia que influyen de alguna manera en la depresión, y que estos a su vez están identificados en las tres áreas, y que dentro de estas áreas se ha identificado que los factores ambientales / contextuales tiene un gran impacto en los síntomas adolescentes, esto puede ser determinante a partir de haber observado que existe familia ausente y una negativa interacción padre – hijos. Dando como resultado final que las adolescentes que pasan por una situación de embarazo inesperado, se encuentran en una situación de desorientación que las impulsa a buscar soluciones alternas en el exterior, y este en varias situaciones incurre en poner en riesgo la propia salud.

- **Recomendaciones**

A partir de las conclusiones encontradas en la presente investigación se pudo recopilar varias recomendaciones para que la investigación represente un aporte tanto a la ciencia como a la sociedad.

- ✓ Recomendaciones en relación a los datos encontrados sobre el aborto – Se recomienda impulsar la generación de programas e investigaciones que propicien la educación sexual y el conocimiento de las consecuencias de las diferentes formas de aborto a nivel físico, psicológico, emocional. Además de poner en conocimiento la legislación vigente en este aspecto.
- ✓ Recomendaciones en relación a los datos encontrados a nivel investigativo – Como bien se presentó los resultados, es importante generar más investigaciones para conocer diferentes factores que intervienen en la depresión adolescente, en el embarazo no esperado, y en las percepciones de aborto. Además de generar herramientas y programas que puedan servir para intervenir en situaciones de vulnerabilidad.
- ✓ Recomendaciones a la institución – Se recomienda que la institución pueda continuar con la labor que realiza, pero dando el conocimiento necesario sobre su estrategia de trabajo, ya que esta situación podría convertirse en una situación de riesgo para adolescentes que no logren integrarse a la estrategia de trabajo de la institución.
- ✓ Recomendaciones en pro de la psicología – La presente investigación arrojó diversas variables y categorías a estudiar; es recomendable generar mayores estudios y fomentar la implantación de programas en relación al grupo que fue parte de la muestra, en esta caso adolescentes en situación de embarazo; y desde la profesión lograr programas que motiven la culminación de los estudios, la protección de la integridad y la no vulneración de derechos de las adolescentes en situación de embarazo.
- ✓ Recomendaciones a nivel estatal – Se recomienda generar programas de apoyo emocional, psicológico, económico y educacional a adolescentes que se encuentren en situación de embarazo, si bien se tienen normas y leyes aprobadas en la actualidad, la situación de vulnerabilidad y limitado accesos a información y educación limita más aun los conocimientos sobre sus derechos y leyes que las amparen. Es menester del Estado y de la sociedad proteger a las poblaciones vulnerables como son los niños y adolescentes, además de garantizar su pleno desarrollo social.

Bibliografía

- Abarzúa Camus, Fernando. (2020). COVID-19 y Embarazo. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, p. 110-114. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200110>
- Álvarez, J. L., y Jurgenson, G. (2003). *Cómo hacer Investigación Cualitativa*. México. Editorial: Paidós.
- Arévalo H. De La Gálvez Murillo A. (2011) *Las cifras hablan. El aborto es un problema de salud pública*, La Paz, Bolivia. Recuperado: Abril, 2020 de: https://uploads-ssl.webflow.com/5f8bb57939466a7f6ac90555/5f922c708d92be6f714561ec_Las%20cifras%20hablan.pdf
- Barrantes Freer, Alonso, Jiménez Rodríguez, Milena, Rojas Mena, Betzabé, y Vargas García, Ana. (2003). *Embarazo y aborto en adolescentes. Medicina Legal de Costa Rica*, p.80-102. Recuperado: Abril, 2020 de: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009&lng=en&tlng=es.
- Belloch Amparo, Sandín Bonifacio y Ramos Francisco (2002). *Manual de Psicopatología*. España. Editorial: Mc Graw Hill / Interamericana de España.
- Berriós Rivera, R. (2000). *La modalidad de la historia de vida en la metodología cualitativa*. Edit. Paidea Puertorriqueña. Puerto Rico.
- Blum Robert William (2000). *Un Modelo conceptual de Salud del Adolescente*. México. Editorial: Mc Graw Hill Interamericana Editores.
- Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México (2017). *Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento*. Revista de la Facultad de Medicina (México), p. 52-55. Recuperado en diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052&lng=es&tlng=es.
- Bonilla Sepúlveda Ó. (2009). *Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. Estudio de corte transversal*. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, pp. 207-213. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195215351004>.
- Campbell Ross (1992). *Si Amas a tu Adolescente*. U.S.A: Editorial Betania.

- Campohermoso Rodríguez, Omar Félix, y Solíz, Ruddy. (2017). *Legalización del aborto en Bolivia: (Cuestión de Salud Pública y Derechos Humanos, no de Moral)*. Cuadernos Hospital de Clínicas, p.87-100. Recuperado en diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000200014&lng=es&tlng=es.
- Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL, (2014). *Panorama Social de América Latina*. Fuente: URL. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2019-10/S2013868_es.pdf
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas CSIC (2011). *El entorno familiar, determinante en el desarrollo de los adolescentes*. Universidad de Málaga.
- Díaz Josué, Lídice, Torres Lio-Coo, Vladimir, Urrutia Zerquera, Eugenio, Moreno Puebla, Reynol, Font Darías, Ileana y Cardona Monteagudo, María. (2006). *Factores psicosociales de la depresión*. Revista Cubana de Medicina Militar. Recuperado en julio de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&tlng=es.
- Efe, Latinoamérica. (2017). *La ONU dice que el retroceso de la educación sexual en Latinoamérica aumentara las desigualdades*. Periódico online. Panamá. Recuperado de: [https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-onu-dice-que-el-retroceso-de-educacion-sexual-en-latinoamerica-aumentara-las-desigualdades/20000013-3410682#:~:text=El%20retroceso%20que%20sufre%20Latinoam%C3%A9rica,de%20la%20ONU%20\(UNFPA\)](https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-onu-dice-que-el-retroceso-de-educacion-sexual-en-latinoamerica-aumentara-las-desigualdades/20000013-3410682#:~:text=El%20retroceso%20que%20sufre%20Latinoam%C3%A9rica,de%20la%20ONU%20(UNFPA)).
- Etxeberria Murgiondo, J., y Tejedor Tejedor, F. J. (2005). *Análisis descriptivo de datos de educación*. Madrid, España: LA MURALLA.
- Florenzano R. (1996). *Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. Guías curriculares*. Salud integral del adolescente, Corporación de Promoción Universitaria. p. 31-41.
- Gaete, Verónica. (2015). *Desarrollo psicosocial del adolescente*. Revista chilena de pediatría, p. 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galeano, M. E. (2004). *Diseño de Proyectos en la investigación Cualitativa*. Medellín, Colombia: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- González Llana Felicia Miriam (2007). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

- González Méndez R., y Santana Hernández J.D. (2001): *La violencia en parejas jóvenes*. Psicothema, 127-131.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación (Vol. 6º Edición)*. Mexico: Interamericana Editores S.A.
- Herrera Santi, Patricia. (1999). *Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente*. Revista Cubana de Pediatría, p. 39-42. Recuperado en diciembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311999000100006&lng=es&tlng=es.
- Hurlock B. Elizabeth (1980). *Psicología de la Adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Instituto Nacional de Estadística y UNICEF Bolivia (2013). *Estudio acerca de la Violencia contra la niñez en Bolivia*. Recuperado en [http://www.unicef.org>bolivi>biptico_estudio_violencia_niñez_bolivia.pdf](http://www.unicef.org/bolivi>biptico_estudio_violencia_niñez_bolivia.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística INE (2016). *Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia Contra las Mujeres*. Bolivia. Recuperado de <https://www.ine.gob.bo/index.php/encuesta-de-hogares-seguridad/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2001). *Violencia contra las mujeres niñas y niños*. Lima: INEI. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar*. Lima, Perú Recuperado de: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap012.pdf.
- Krauskopf, Dina. (1999). *El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios*. Adolescencia y Salud, p. 23-31. Recuperado en agosto de 2020 de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004&lng=en&tlng=es.
- Lucca Irizarry, N. y Berríos Rivera, R. (2003) *Investigación cualitativa en educación y ciencias sociales*. Puerto Rico. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Margulis M. (2003). *La Revolución Sexual de los años 60 y sus efectos*. Buenos Aires: Biblos, 2003, p.38-47
- Martich, E. (2020). *El Coronavirus y sus impactos en el Embarazo Adolescente En América Latina*. Agenda Publica. Recuperado en Septiembre de 2020, de: <http://agendapublica.elpais.com/el-coronavirus-y-sus-impactos-en-el-embarazo-adolescente-en-america-latina/>

- Martínez, J. L. (1997). *Desarrollo personal, ambiente familiar y relaciones de pareja en la adolescencia*. Revista de Psicología Social, p. 59-78.
- Martínez, J. L., y Fuertes, A. (1999). *Factores personales, familiares y relacionales implicados en la estabilidad de relaciones de pareja adolescentes*. Infancia y Aprendizaje, p. 85-105
- Martínez Lanz, Patricia, y Waysel, K. Romano (2009). *Depresión en Adolescentes Embarazadas*. Enseñanza e Investigación en Psicología. México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29211992004>
- Ministerio de Salud (2010). *Seminario taller lucha contra el aborto*. La Paz, Bolivia.
- Montero V, Adela. (2011). *Educación sexual: un pilar fundamental en la sexualidad de la adolescencia*. Revista médica de Chile, p.1249- 1252. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001000001>
- Morgade, G (2011). *Toda educación es sexual. Hacia una educación sexuada justa*. Buenos Aires. Editorial: La Crujía.
- Muñoz Astudillo, M. (2017). *La educación sexual en Latinoamérica*. Cultura Del Cuidado, 14(1), 58-71. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2017v14n1.4329>
- Narváez, V. P. (2009). *Metodología de la investigación científica y bioestadística para profesionales y estudiantes de ciencias de la salud*. Santiago, Chile: RIL editores.
- Ordoñez, Gómez, M. (1994). *Adolescentes: Sexualidad y Comportamientos de Riesgo para la Salud*. Bogotá, Colombia: Profamilia e Instituto de Seguro Social.
- Ortega, R, y Sánchez, V. (2008). *La violencia sexual entre compañeros/as y en la pareja: un estudio exploratorio*. Internacional Journal of Psychology, p. 63-72.
- Organización Panamericana de la Salud OPS, (2000) “*Causas de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe 2000*”. “*Maternidad Saludable 2000*”. Recuperado de: URL. <http://www.ops.org/>. Recuperado en junio, 2019.
- Organización Mundial de la Salud OMS, (2013). *Causas de Mortalidad Materna en América Latina y el Caribe*. Fuente: URL. <http://www.ops.org/>. Recuperado en junio, 2019.
- Pérez Sánchez. (2004). 3ra Edición. *Publicaciones Técnicas*. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo. (Pág. 431).
- Pick de Weiss, S., y Vargas Trujillo, E. (1990). *Conducta Sexual y Anticonceptiva de los Adolescentes en América Latina*. Revista Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, p. 11-41.

- Ramos, Silvina. (2016). *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Estudios demográficos y urbanos, p. 833-860. Recuperado en 06 de diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833&lng=es&tlng=es.
- Rendón, Langer y Hernández. (1995). *Situación de salud. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina*. Editorial: Revista Cubana de Salud Pública. Cuba.
- Revista de Posgrado (2006). *Catedra de Medicina*. Argentina N° 153. pp. 1-6.
- Rodriguez, M., y Sucño Espinoza, A. (2016). Tesis de Grado: *Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sanchez*. Huancayo, Peru p. 24-58.
- Rojas E; Gómez H.; Rodríguez P.; Román O.; Rojas B. (2003). *Depresión y estrés estudio de caso en un colegio fiscal mixto de la ciudad de Cochabamba*. Explorando Psicología. (Pág. 19).
- Ruiz Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa (3ª ed.)*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Salazar, E., Ugarte, M., Vásquez, L., y Loaiza, J. (2004). *Consumo de alcohol y drogas y factores psicosociales asociados en adolescentes de Lima*. Anales de la Facultad de Medicina, p. 179-187. Recuperado en 06 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832004000300004&lng=es&tlng=es.
- Salkind, N. J. (1999). *Metodos de Investigacion (3º Edicion ed.)*. Mexico: Prentice Hall.
- Sandoval M. (1998) *El Género como categoría diagnóstica*. Revista de Psicoanálisis. Psicoanálisis y género, Fondo Editorial Sociedad Psicoanalítica de Caracas.
- Santana Pérez, Felipe, Verdeja Varela, Olga Lidia, Ovies Carballo, Gisel, y Fleitas Ruiz, Reina. (2006). *Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Recuperado en 06 de julio de 2020, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100002&lng=es&tlng=pt.
- Sarason G. Irwin y Sarason R. Bárbara (2006). *Psicopatología. Psicología Anormal: El problema de la conducta inadaptada*. (11ª Ed.) México: Editorial Pearson Educación.
- Toro Jaramillo, I. D., y Parra Ramirez, R. D. (2006). *Metodo y conocimiento metodologia de la investigacion*. Medellin, Colombia: Editorial Universidad EAFIT.

- Turbi, A. y Lloria, R. (2005). *Prevención con menores en situación de riesgo*. Valencia: Proyecto Hombre.
- UNICEF. (2020). *El embarazo adolescente impacta en la economía de las mujeres y tiene un alto costo socioeconómico para el Estado*. Recuperado el Septiembre de 2020, de <https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/el-embarazo-adolescente-impacta-en-la-econom%C3%ADa-de-las-mujeres-y-tiene-un-alto>
- Vallejo Ruiloba , J. (2015). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. Barcelona, España: Elsevier.
- Vargas Trujillo, E., y Barrera, F. (2002). *Relaciones Padres- Hijos y su asociación con las relaciones románticas y sexuales de los adolescentes*. (Informe de Investigación). Bogotá, Colombia: Universidad de Los Andes, Departamento de Psicología.
- Vidal, G., y Alarcon, R. (1986). *Psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Panamericana.
- Wolff L, Claudia, Valenzuela X, Paula, Esteffan S, Karim, y Zapata B, Daniela. (2009). *Depresión posparto en el embarazo adolescente: análisis del problema y sus consecuencias*. Revista chilena de obstetricia y ginecología, p. 151-158. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000300004>
- Yapu, M., y Pereira, R. (2006). *Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas*. La Paz, Bolivia: Fundación PIEB.

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA DE VIDA

I DATOS GENERALES

Edad:
Nivel de Educación:
Meses de Embarazo:
Ocupación Actual:
Cel. :

En las siguientes hojas y con tus propias palabras describe tu vida bajo las siguientes pautas:

- ¿Cómo ha sido tu infancia?
- ¿Cómo son tus padres y hermanos contigo?
- ¿Cuál es la religión de tu familia y la tuya?
- ¿Cómo ha sido tu vida en el colegio?
- ¿Actualmente estudias algo o tienes planeado hacerlo?
- ¿Cómo te relacionas con tus amigas/os?
- ¿Qué información tienes sobre educación sexual?
- ¿Sabes que es el aborto?
- ¿Cuál es la situación con tu pareja, te ha brindado apoyo?
- ¿Cuentas con algún apoyo económico?
- ¿Te has sentido o te sientes triste y culpable de tu embarazo?
- ¿Duermes bien y piensas que descansas lo suficiente?
- ¿Qué piensas de la vida?
- ¿Podrías compartir algún recuerdo, anécdota o sueño que tengas?
- ¿Cómo llegaste a dar con CAM y como ha sido tu proceso dentro de la institución?

No necesitas escribir de manera ordenada, solo escribe como te sientas más cómoda al contarnos como ha sido tu vida hasta ahora.

Recuerda que esta es una prueba anónima y respetaremos tu privacidad.

¡Gracias por participar!

ANEXO 2

GUIA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

I DATOS GENERALES

SUJETO N°.....

II PREGUNTAS BASE

1. ¿Cuántas personas componen tu familia?
2. ¿Cómo era la relación de pareja de tus padres ya sea que estén juntos o separados?
3. ¿En caso de que tengas hermanos como son sus relaciones de pareja?
4. ¿Quién ha sido la figura de autoridad en tu vida personal e infancia?
5. ¿Quién es la persona dentro de tu familia que más te ha apoyado siempre?
6. ¿Cuáles crees que son los valores que te han inculcado dentro de tu familia?
7. ¿Alguna vez te has sentido sin apoyo familiar? ¿cuándo?
8. ¿Alguna persona de tu familia ha sufrido depresión? ¿O crees que sufrieron o sufren de depresión?
9. ¿Alguna vez has ido a un psicólogo o alguien de tu familia?
10. ¿En tu familia hay personas con enfermedades graves? ¿Cuáles?
11. ¿Cómo describirías a tu primera pareja?
12. ¿Cómo describirías a la persona que es el padre de tu hijo?
13. ¿Para ti qué significa el amor?
14. ¿Quién consideras que es la persona que más quieres en este momento?
15. ¿Cuál consideras que ha sido el momento más feliz de toda tu vida?
16. ¿Cómo crees que es la vida de tus amigas más cercanas?

17. ¿Crees que tu situación económica ha influido en tu vida?
18. ¿Cómo consideras que es tu situación económica actual?
19. ¿Cómo consideras que fue tu situación económica en tu infancia?
20. ¿En este momento cuál es tu mayor sueño, meta o logro que quieras realizar?
21. ¿Te sientes capaz de lograrlo?
22. ¿Cuál crees que serían los aspectos que dificultarían las posibilidades de lograr tus metas personales?
23. ¿Te sientes preocupada por tu situación económica?
24. ¿Que más te preocupa?
25. ¿Qué sentiste cuando te enteraste que estabas embarazada? ¿y que sientes ahora?
26. ¿Quién fue la primera persona a la que recurriste cuando te enteraste de tu embarazo?
27. ¿Antes de llegar a la institución cuál era tu percepción del aborto?
28. ¿Qué significa el aborto para ti ahora?
29. ¿Abortar era una posibilidad para ti?
30. ¿Tenías conocimiento de cómo abortar?
31. ¿Quién fue la persona que habló de educación sexual contigo?
32. ¿Haz usado algún método anticonceptivo alguna vez?
33. ¿Tienes conocimientos del precio de los diferentes métodos anticonceptivos?
34. ¿Qué opinas de la institución?
35. ¿Ha cambiado algo en tu forma de ver la situación desde que estás en la institución?
36. ¿Habías acudido algún otro lugar antes de llegar a la institución?
37. ¿En estos momentos quiénes son las personas que más te están apoyando?
38. En caso de que tu familia sepa de tu embarazo ¿qué es lo que pensaban cuando se enteraron, y qué es lo que piensan ahora?

39. ¿En caso de que tu familia no sepa de tu embarazo? ¿Cuál es el motivo de no hacerlo conocer?
40. ¿En este momento de tu vida cuál es tu mayor miedo?
41. ¿Cuál consideras que es la experiencia más dolorosa que has pasado en tu vida?
42. ¿Desde cuándo tienes problemas para dormir o con tu apetito?
43. ¿Hay alguna situación, frase, música, lugar, persona que te haga sentir triste?
44. ¿Cuándo fue la última vez que lloraste, y porque?
45. ¿Cuándo fue la última vez que te sentiste feliz de verdad?
46. ¿Qué es lo que más te gusta hacer?
47. ¿Cuándo fue la última vez que hiciste lo que te gusta hacer?
48. ¿Cuándo ha sido la última vez que te ha sentido nerviosa o ansiosa?
49. ¿Te sientes molesta con algo o alguien?
50. ¿Te has sentido agotada fatigada esta semana?
51. ¿Si pudieras decirle algo a la persona que crees que te hizo mucho daño que le dirías?
52. En tres palabras ¿qué significa la vida para ti?
53. En 3 palabras ¿qué significa la muerte para ti?
54. Si pudieras decirte algo a ti misma de hace 2 años ¿qué te dirías?

ANEXO 3

Extraído del Código Penal Boliviano

Art. 157. (ABORTO)

- I. La persona que cause el aborto a una mujer embarazada sin el expreso y libre consentimiento de ésta, o de su representante legal cuando ella esté impedida de manifestar su voluntad por cualquier causa, será sancionada con tres (3) a diez (10) años de prisión.
- II. La sanción será agravada en un tercio cuando el aborto sea causado por el ejercicio de cualquier tipo de violencia contra la mujer.
- III. Cuando a consecuencia del aborto practicado sin consentimiento se produzca la muerte de la mujer, se aplicará la sanción correspondiente al feminicidio.
- IV. La mujer que voluntariamente interrumpa su embarazo fuera de los casos previstos en el párrafo V de éste artículo, será sancionada con prisión de uno (1) a tres (3) años.
- V. No constituirá infracción penal cuando la interrupción voluntaria del embarazo sea solicitada por la mujer y concurren cualquiera de las siguientes circunstancias:
 1. Se realice durante las primeras ocho (8) semanas de gestación, por única vez y además la mujer:
 - a. Se encuentre en situación de calle o pobreza extrema;
 - b. No cuente con recursos suficientes para la manutención propia o de su familia;
 - c. Sea madre de tres o más hijos o hijas y no cuente con recursos suficientes para su manutención; o,
 - d. Sea estudiante; o,
 2. En cualquier etapa de la gestación cuando:
 - a. Se realice para prevenir un riesgo presente o futuro para la vida de la mujer embarazada;
 - b. Se realice para prevenir un riesgo presente o futuro para la salud integral de la mujer embarazada;
 - c. Se detecten malformaciones fetales incompatibles con la vida;
 - d. El embarazo sea consecuencia de violación o incesto; o,
 - e. La embarazada sea niña o adolescente.
- VI. El sistema nacional de salud deberá precautelar la libre decisión, la salud y la vida de la mujer, no podrá negar la interrupción del embarazo ni su atención integral en los casos previstos en el párrafo precedente alegando objeción de conciencia y estará obligado a mantener el secreto profesional. El único requisito para la interrupción del embarazo en los casos señalados en el párrafo precedente será el llenado de un formulario de constancia del consentimiento informado de la mujer y el señalamiento de la causal y circunstancias de su decisión, sin necesidad de otro trámite, requisito o procedimiento previo de ninguna naturaleza.