

Mejía-Mendoza, Martha Leticia; Laureano-Eugenio, Jorge; Gil-Hernández, Elisa; Ortiz-Villalobos, Roberto Carlos; Blackaller-Ayala, Jorge; Benítez-Morales, Ricardo

CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y EXPERIENCIA DEL EMBARAZO EN

ADOLESCENTES DE JALISCO, MÉXICO: ESTUDIO CUALITATIVO

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 66, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 242-252

Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195243540003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



INVESTIGACIÓN ORIGINAL

CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y EXPERIENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE JALISCO, MÉXICO: ESTUDIO CUALITATIVO

Socio-cultural conditions and teenage pregnancy experience in Jalisco, Mexico: a qualitative study

Martha Leticia Mejía-Mendoza, MSc¹; Jorge Laureano-Eugenio, MSc²;

Elisa Gil-Hernández, MSc³; Roberto Carlos Ortiz-Villalobos, MD⁴;

Jorge Blackaller-Ayala, MSc⁵; Ricardo Benítez-Morales, MSc⁶

Recibido: mayo 27/15 – Aceptado: Octubre 5/15

RESUMEN

Objetivo: describir las condiciones socioculturales y la experiencia de adolescentes embarazadas en Guadalajara, Jalisco (México).

Materiales y métodos: investigación cualitativa, con enfoque estudio de caso “típico”, en el que se identificaron, en un listado de control prenatal a julio 2014, en un centro de salud de Guadalajara, Jalisco, adolescentes embarazadas que vivieran en la zona urbana, llevaran control prenatal en esta unidad de salud y aceptaran participar en el estudio con el consentimiento del tutor. Se analizaron las

variables socioculturales en el expediente clínico, la tarjeta de control prenatal y una encuesta elaborada por investigadores. Se levantaron tres grupos focales, indagando: a) significación social del embarazo, b) experiencia del embarazo c) embarazo, familia, pareja y servicios de salud. Las variables socioculturales se analizaron en Epi-Info 7, calculando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Las entrevistas cualitativas se analizaron semióticamente.

Resultados: se identificaron 48 adolescentes, de las cuales solo 42 reunieron criterios de selección. La mediana de edad fue de 18 (rango de 13 a 19 años); solo 19 % continuaron estudiando; 59,5 % eran amas de casa, 21,4 % tenían ingresos económicos propios y 78,6 % no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo. Cualitativamente, el embarazo les significó “madurar” y ser “más felices”. Se presentó una alta deserción escolar por sintomatología clínica y alteraciones en la imagen corporal. Aludieron falta de privacidad en los servicios de salud. Las redes sociales electrónicas fueron el principal medio de socialización en temáticas de sexualidad.

1 Maestra en Ciencias de la Salud Pública; docente de la Universidad de Guadalajara del Centro Universitario Ciencias de la Salud; médico investigador de la Secretaría de Salud, Jalisco (México). itzia060500@hotmail.com

2 Maestro en Ciencias de la Salud Pública. Investigador cualitativo de Secretaría de Salud, Jalisco (México).

3 Maestra en Ciencias de la Salud Pública. Asesor y promotor de investigación en la Secretaría de Salud, Jalisco (México).

4 Especialista ginecología y obstetricia. Coordinador del área de obstetricia, Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud, Jalisco; docente de la Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara (México).

5 Maestro en Ciencias de la Salud Pública. Médico de la Secretaría de Salud, Jalisco (México).

6 Maestro en Ciencias de la Salud Pública; docente de la Universidad de Guadalajara (México).

Conclusiones: se evidencia la deserción escolar y el poco acceso a ingresos económicos en las adolescentes embarazadas del estudio, acentuando ciclos de poca educación y pobreza, aunado a sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, lo que genera dificultades para plantear inquietudes en torno a su salud sexual y reproductiva.

Palabras clave: adolescente, embarazo, condiciones sociales.

ABSTRACT

Objective: To describe the social and cultural conditions and the experience of pregnancy among teenage girls in Guadalajara, Jalisco, Mexico.

Materials and methods: Qualitative research with a “typical” case approach based on the identification, from the pre-natal care list of a healthcare centre in Guadalajara, Jalisco, of pregnant teenage girls living in the urban area who received antenatal care in that centre and who agreed to participate in the study with the consent of their guardians, until July 2014. The analysis was based on the social and cultural variables included in the clinical record, the pre-natal care card, and a questionnaire prepared by the researchers. The work was done with three focus groups and the questions covered: a) the social meaning of pregnancy; b) the experience of pregnancy; and c) pregnancy, family, couple and healthcare services. The social and cultural variables were analysed using the Epi-Info 7, estimating frequencies, percentages, central trend measurements and scatter. The semiotic analysis approach was used for the qualitative interviews.

Results: Of the 48 teenagers identified, only 42 met the selection criteria. The mean age was 18 years (range 13 to 19). Only 19% continued with their education, 59.5 % were housewives, 21.4 % earned their own income, and 78.6 % had not used any form of family planning before the pregnancy. Qualitatively, the pregnancy helped them “mature” and made them “happier”. They reported having dropped out from school because

of clinical symptoms and changes in their physical appearance. They also reported lack of privacy in the healthcare services, and pointed to online media as the primary source of information regarding the topic of sexuality.

Conclusions: Dropping out of school and little access to financial income were evident among the pregnant teenagers in the study, accentuating cycles of little education and poverty. This was compounded by feelings of fear and shame preventing them from coming to healthcare institutions and receiving answers to their questions on sexual and reproductive health.

Key words: Teenager, pregnancy, social conditions.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente es aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente; la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de la vida que comprende entre los 10 y 19 años (1). A nivel mundial, una de cada cinco mujeres a los 18 años de edad ya tiene un hijo, pero en las regiones más pobres del planeta la cifra se eleva a una de cada tres mujeres (2).

En un análisis presentado por la OMS, se puntualiza que los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos, oscilan entre el 2 % en China y el 18 % en América Latina y el Caribe (3); algunos estudios señalan que esto se debe a que el embarazo en adolescentes es más probable en las poblaciones rurales, pobres y con menor nivel educativo, por lo que es importante caracterizar las condiciones socioculturales y económicas del contexto donde desarrollan sus vidas estas adolescentes (2, 3).

En México, cada año se presentan cerca de 70 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, y en las últimas dos décadas, la proporción de nacimientos se ha mantenido estable (entre 17 y 19 %) (4). Para el año 2012, del total de nacimientos registrados en México, 19,2 % correspondieron al grupo de adolescentes. Algunos estudios han seña-

lado que la maternidad en esta etapa de la vida está relacionada con la construcción social de género, falta de educación sexual integral, poco acceso a métodos anticonceptivos y pocas oportunidades de desarrollo económico (5).

La relación entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad, ha sido demostrada desde hace ya algún tiempo, conceptualizado por algunos autores como determinantes sociales (6), por lo que hablar de embarazo en adolescentes, es considerar las implicaciones no solo de orden biológico, sino también psicológico y social, pues en algunos contextos, las adolescentes no planean ni desean su embarazo, mientras que en comunidades rurales, de países de ingresos medianos y bajos, los embarazos fuera del matrimonio no son raros (7).

A partir de lo antes descrito, se ha señalado que el embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública complejo, por su configuración sociocultural en cada contexto en que el adolescente desarrolla su vida, donde los aspectos económicos y culturales, y las redes sociales y comunitarias, influyen en los modos de entender y actuar de la adolescente antes, durante y después del embarazo, necesitando describir e interpretar las experiencias, desde la voz de quien la vive, elementos cualitativos que deben ser incorporados en las acciones de prevención y atención del embarazo en adolescentes (8-10).

El objetivo de la presente investigación fue describir las condiciones socioculturales y la experiencia de adolescentes embarazadas en Guadalajara, Jalisco (Méjico). Se espera que la presente investigación brinde elementos que contribuyan a consolidar la atención integral de las adolescentes en la prevención y atención del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Investigación de tipo cualitativo, con enfoque de estudio de caso “típico”, considerando que este enfoque permitió identificar la existencia de cierta homogeneidad o coherencia en un grupo de personas que comparten las características de ser

adolescentes, estar embarazadas y vivir en un contexto urbano (11).

Se recurrió a la perspectiva teórica de la fenomenología, siendo la unidad de análisis adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, que acudían a un centro de salud urbano de la Secretaría de Salud en Guadalajara, Jalisco, con corte a julio del 2014 para la selección de las informantes. Este centro de salud atiende a toda la población que demande el servicio, incluyendo población migrante de zonas indígenas.

El marco muestral fue el total de las embarazadas adolescentes registradas a la fecha de corte, conformando una muestra cualitativa a conveniencia a partir de los siguientes criterios: ser adolescente, vivir en la zona urbana, llevar control prenatal en esta unidad de salud, aceptar participar en el estudio y tener el consentimiento de su tutor, así como no presentar alguna contraindicación médica para su participación.

Se analizaron variables socioculturales y reproductivas (edad, nivel de estudios, estado civil, escolaridad, seguridad social, ocupación, uso de métodos de planificación familiar, número de parejas sexuales, edad de la pareja, información sobre prevención del embarazo, deseo de embarazarse, pensamientos de abortar, adicciones y violencia); las fuentes de información fueron el expediente clínico, la tarjeta de control prenatal y una encuesta elaborada por investigadores.

Para la recolección de datos cualitativos, el total de informantes se dividió en tres grupos, aplicando a cada uno de ellos entrevistas en modalidad grupo focal; las entrevistas fueron realizadas por dos de los investigadores, uno como entrevistador (mujer) y otro como observador no participante (hombre), llevadas a cabo en el aula anexa a la parroquia de la colonia en horario elegidos por las informantes; las entrevistas duraron de 2 a 3 horas en una sola sesión por grupo. En el levantamiento de las entrevistas estuvieron presentes los investigadores, las informantes y un apoyo psicológico.

Se utilizó una guía de entrevista formulando preguntas a partir de los siguientes ejes de indaga-

ción: a) significación del embarazo, b) experiencia del embarazo en la adolescencia, c) el embarazo y su relación con la familia, la pareja y los servicios de salud. El trabajo de campo se llevó a cabo de julio a noviembre del mismo año, destacando el uso constante del diario de campo y manteniendo la vigilancia epistemológica.

Las variables socioculturales se capturaron en Excel y se analizaron en Epi-Info 7, calculando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Las entrevistas cualitativas de audio se grabaron y transcribieron a textos de Word analizados bajo el modelo actancial semiótico, junto con las notas de campo, elaboradas antes, durante y posterior al levantamiento de cada uno de los grupos focales.

El análisis cualitativo implicó lectura y relectura de cada línea textual, descripción de impresiones contextualizadas, análisis de superficie de textos, identificación de actores semióticos, isotopías temáticas y figurativas con categorías descriptivas textuales a nivel axiológico; estos datos fueron devueltos a los participantes para su afianzamiento. La interpretación de datos cualitativos y cuantitativos implicó su manejo en conjunto a través de la triangulación metodológica, analizando distintas aristas del objeto de estudio, que no es posible mediante una sola perspectiva metodológica (12).

Al hacer explícito el interés en el tema de investigación para la mejora de la calidad de los servicios de salud, se llevó a cabo la firma del consentimiento informado del tutor y la carta de asentimiento con las adolescentes, siendo dictaminado y evaluado el protocolo por el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud de Jalisco, con el número de registro 02/RSXIII-JAL/2014.

RESULTADOS

A julio del 2014, en el listado de control prenatal se identificó un total de 218 embarazadas de las cuales 22 % (48) eran adolescentes, de las cuales solo 42 reunían los criterios para integrar la muestra, pues los tutores de 4 adolescentes no autorizaron

su participación en el estudio y 2 adolescentes, a pesar de la aceptación de sus tutores, decidieron no participar. Se destaca que no se identificó ninguna adolescente indígena; la mediana de la edad de las adolescentes fue de 18 (rango de 13 a 19 años), 29 de ellas (69 %) tenían estudios de secundaria o menos, de estas 8 (19 %) referían continuar estudiando. Un total de 33 de las adolescentes (78,6 %), no utilizaron método de planificación familiar previo al embarazo y 10 de ellas (23,8 %) habían recibido información sobre prevención del embarazo en la familia (tabla 1).

Un total de 15 adolescentes (35,7 %) no deseaba su embarazo en ese momento y 6 (14,2 %) de ellas pensaron en abortar; un total de 9 (21,4 %) refirió tener alguna adicción al alcohol, tabaco u otro tipo de drogas. La mediana de edad de las parejas fue 21 años (rango de 16 a 34 años), dos de las encuestadas (4,8 %) señalaron sufrir violencia por su pareja o familia.

Significación del embarazo. Al explorar la dimensión significativa del embarazo en las adolescentes, se destaca la alusión a aspectos que a nivel axiológico son descritos como favorecedores para su persona y en relación con su familia, por ejemplo: “me hace más feliz”, “mejoró mi relación con mi familia”, “me hizo madurar como persona”, “no estaré sola”.

En el grupo de adolescentes también se encontró que “el embarazo no tiene ningún aspecto negativo”. Al profundizar en las entrevistas, se observó que la satisfacción de “dar vida” que se va configurando durante la evolución del embarazo, hasta el momento de tener su hijo, es algo que tiene mayor valor que las dificultades y limitaciones que perciben y viven durante su embarazo.

Finalmente, para las adolescentes, estar embarazada representa responsabilidad por estar gestando un ser vivo, significación que es alimentada por la familia, la Iglesia, la sociedad y las instituciones de salud, algo que se identificó en el siguiente texto de entrevista: “...a mí la doctora me dijo que yo tengo una vida dentro de mi vientre y que por eso debo de dejar de fumar marihuana y tomar cerveza”.

Tabla 1.
Condiciones socioculturales de adolescentes embarazadas que acudieron a un Centro de Salud urbano de Jalisco (México), 2014

| Variable | f | % |
|---|----|------|
| Estado civil | | |
| Unión libre | 22 | 52,4 |
| Soltera | 17 | 40,5 |
| Casada | 2 | 4,8 |
| Separada | 1 | 2,4 |
| Escolaridad | | |
| Primaria | 8 | 19 |
| Secundaria | 21 | 50 |
| Preparatoria | 13 | 31 |
| Seguridad social | | |
| Seguro popular | 38 | 90,5 |
| Ninguna | 4 | 9,5 |
| Ocupación actual | | |
| Ama de casa | 25 | 59,5 |
| Estudiante | 8 | 19 |
| Empleada | 5 | 11,9 |
| Autoempleada | 3 | 7,1 |
| Estudia y trabaja | 1 | 2,4 |
| ¿Dónde recibiste información sobre prevención de embarazos? | | |
| Unidad de salud | 10 | 23,8 |
| Escuela | 10 | 23,8 |
| Escuela y familia | 6 | 14,3 |
| Familia | 4 | 9,6 |
| Otros | 2 | 4,8 |
| Sin información | 10 | 23,8 |
| ¿Previo a tu embarazo utilizaste algún método de planificación familiar? | | |
| No | 33 | 78,6 |
| Sí | 9 | 21,4 |
| ¿Número de parejas sexuales? | | |
| Una | 33 | 78,6 |
| Dos | 3 | 7,1 |
| Cinco | 1 | 2,4 |
| Sin pareja actualmente | 5 | 11,9 |

Fuente: expediente clínico y tarjeta de control prenatal.

Experiencia del embarazo en la adolescencia. La experiencia más representativa que refirieron las adolescentes dentro de las entrevistas, fue el tener que dejar la escuela, señalando la sintomatología clínica y las alteraciones en la imagen corporal como los principales factores que las llevaron a tomar esta decisión. En la tabla 2 se recogen algunas expresiones al respecto.

Otro factor que para las adolescentes condicionó el no continuar sus estudios, es el aspecto económico, refiriendo contar con escasos o nulos ingresos, aun aquellas que refirieron vivir con su familia o pareja, por lo que manifiestan tener un sentido de dependencia en la toma de decisiones acerca de su persona y el desarrollo de sus vidas. Algunas adolescentes señalaron que por su condición de embarazo y edad, presentaron dificultades para conseguir empleo.

Además de lo anteriormente descrito, el no poder continuar saliendo con sus compañeros de escuela a realizar actividades de recreación como antes del embarazo, influyó también en la decisión de abandonar sus estudios, situación exemplificada en el siguiente discurso: “En la escuela haces tus amigos, sales y disfrutas, pero ya embarazada no es lo mismo, siento feo que todos sigan pasándola padre y yo cansada y con náuseas, por eso decidí ya no ir a la escuela”.

Otra de las experiencias que señalaron haber afrontado algunas de las adolescentes, es haber vivido diferentes tipos de violencia las cuales se describen en la tabla 3, refiriendo que la violencia se presentó al inicio, durante y posterior a su embarazo, y que además no fue significativa debido a que la consideraron justificada por haberse embarazado siendo adolescentes (“haber defraudado a los papás”) y sobre todo asumir que el embarazo fue evidencia de haber tenido relaciones sexuales.

El embarazo y su relación con la pareja, la familia y los servicios de salud. Para las adolescentes, la conformación de una familia representó el temor de vivir sola con otra persona que no es su familiar, aun después de haber sido su “novio”, destacando temores a

Tabla 2.

Percepción de factores que condicionaron la deserción escolar de adolescentes embarazadas que acudieron a un centro de salud urbano de Jalisco (Méjico), 2014

| Aspectos relacionados con la sintomatología del embarazo | Aspectos relacionados con la imagen corporal |
|--|---|
| “Dolor de cabeza”. | “Nos vemos gordas”. |
| “Se hinchan las piernas”. | “Me veo flaca y pálida”. |
| “Las náuseas”. | “Luego ya no podré bajar toda la grasa de mi embarazo”. |
| “El sueño y el cansancio”. | “Todos nos ven y somos centros de atención por cómo nos ponemos”. |

Fuente: grupo de discusión.

Tabla 3.

Tipificación de violencia de adolescentes embarazadas que acudieron a un centro de salud urbano de Jalisco (Méjico), 2014

| Tipo de violencia | Texto representativo |
|-----------------------------------|---|
| Violencia física | “...sí me ha golpeado como tres veces, pero yo le digo que no lo haga por su hijo más que por mí”. |
| Violencia psicológica | “Sí, me dice que no sé hacer de comer, pero pues él ya sabía que yo solo estudiaba”. |
| Violencia por omisión de derechos | “Mis papás ya no me dejaron seguir en la escuela y hasta ya me dijeron con qué me voy a cuidar cuando me alivie”. |

Fuente: grupo de discusión.

presentar dificultades económicas por los gastos de un hogar y sobre todo el hacerse responsable de un niño, enfatizando los aspectos de su alimentación y el actuar ante la presencia de enfermedades.

Estas representaciones sociales que se identificaron en el grupo de adolescentes, se configuran principalmente en redes sociales electrónicas y programas de televisión, a partir de los sucesos que se presentan en las historias de vida de sus amigos y las dramatizaciones que se muestran en la televisión, aspecto ejemplificado en el siguiente testimonio: “En un programa de la tele vi que sufres como madre adolescente, los gastos, los golpes y sobre todo los celos de la pareja, yo por eso me la pienso de irme a vivir con él, porque sí puede pasar, tengo contactos en Facebook que en sus comentarios dicen como se la pasan mal”.

Para algunas adolescentes, el hombre de mayor edad, a diferencia de un hombre adolescente, sig-

nifica “persona con experiencia” para enfrentar la vida, mencionando que puede “conseguir empleo”, “resolver situaciones de problemas de salud” y “sacar adelante un hogar”; sexualmente asumieron que un hombre de mayor edad, es más “atractivo e interesante”.

Al explorar las acciones de educación sexual y reproductiva en la adolescencia, posicionaron a la escuela y la familia como los principales responsables de dar “información real” sobre prevención del embarazo, pero señalaron que esto no sucede así, proponiendo incluso la necesidad de primero informar a los padres de cómo hablar sobre sexualidad con el adolescente, pues coincidieron en que influye de manera negativa la forma en que fueron educados sus padres y maestros en temáticas de sexualidad.

Para las adolescentes, el principal medio de socialización sobre temáticas de sexualidad fueron las redes sociales electrónicas. Al respecto,

señalaron que este medio no es del todo confiable, pero permite expresar sus inquietudes, generar discusión y poder saber lo que otros adolescentes opinan de algún tema de interés, para tomar ellas sus propias decisiones; una apertura y confianza al diálogo que consideraron no logran tener con sus padres y maestros.

En cuanto a los servicios de salud, aludieron falta de privacidad, además de percibir que el trato del personal de salud las hizo sentirse “señaladas y regañadas”, por lo que prefirieron no expresar dudas o miedos en sus citas de control prenatal, aspecto que se enfatizó principalmente en primigestas.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio mostró como principales resultados un importante número de embarazos no deseados y una pobre información sobre métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo. Aunque se tiene la percepción de que el embarazo es positivo para la vida, la experiencia va acompañada de un alto nivel de deserción escolar debido a la sintomatología clínica del embarazo, los cambios en la imagen corporal, las dificultades económicas y las limitaciones para relacionarse en actividades con sus compañeros, además del surgimiento de temores por las responsabilidades que se adquieren; por otra parte, aspiran a un mayor apoyo familiar en temas de sexualidad y una mejor asertividad en los servicios de salud durante el control prenatal.

La edad es similar a lo reportado en una investigación realizada en Antioquia (Colombia), donde las adolescentes encuestadas tenían una edad promedio de 16,23 años (13), mientras que en una realizada en Lima (Perú), la edad promedio de las participantes fue de 16,5 (± 1) (14). El importante porcentaje de las adolescentes que no deseaban el embarazo en ese momento y que no utilizaban métodos de planificación familiar previo a su embarazo, es menor a lo reportado en un grupo de adolescentes de Colombia, donde el 59 % no deseaba embarazarse en ese momento, evidenciando la necesidad de reforzar las acciones institucionales que fomenten y faciliten

el acceso geográfico, económico y cultural, al igual que el uso adecuado de los métodos de planificación familiar, necesitando reconocer sus conocimientos, creencias y prácticas, al igual que la percepción de ventajas y desventajas en su utilización (15).

El haber identificado que 90,5 % de las adolescentes se encontraban en unión libre, debe ser considerado en las acciones de prevención del embarazo pues reportes de una investigación realizada en áreas urbanas de Colombia, señalan que las adolescentes que viven en unión libre o están casadas, tienden a tener más embarazos que las que aun están solteras (13). El alto porcentaje de adolescentes que vive en unión libre, es discordante con el temor de vivir sola con otra persona, señalado en la entrevista cualitativa, por lo que es necesario explorar los motivos que llevan a tomar esta decisión a pesar de su temor.

El bajo porcentaje de adolescentes que señalaron continuar estudiando concuerda con lo descrito por organismos internacionales: “el embarazo en la adolescencia puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida”, ya que la maternidad precoz suele comprometer sus resultados académicos y su potencial económico (3). En una investigación realizada en Perú, las embarazadas adolescentes de hospitales del Ministerio de Salud, presentaron mayor riesgo de bajo grado de instrucción (analfabeta o primaria) además de la condición social de no trabajar (16). Nuestros hallazgos sobre las causas de deserción escolar son concordantes con un estudio realizado en Chile, donde señalaron que la deserción escolar de la adolescente embarazada fue principalmente por la vergüenza y las complicaciones del embarazo, refiriendo los investigadores ser un factor potencial la baja escolaridad de los padres (17). Otras investigaciones cualitativas señalan que dentro de las representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes, está la postergación de sus estudios, por la adhesión a un ideal tradicional de familia y división de roles de género con su pareja, generando escasas motivaciones de desarrollo y crecimiento individual, baja valoración y desinterés por el estudio, además

de dificultades de compatibilizar el embarazo y la maternidad con la asistencia a la escuela, datos que pueden complementarse con nuestros hallazgos (18, 19).

Dado que la baja escolaridad de las adolescentes embarazadas y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de su condición de pobreza, se debe considerar lo ya recomendado por expertos en la temática, quienes señalan que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar, además de su propia salud y la de sus bebés, el bienestar social, económico y educativo (3).

El haber identificado en su experiencia lo significativo que fue el aumento de peso y la alteración de su imagen corporal por el embarazo, se debe relacionar con el hecho de que para los adolescentes es muy importante la autopercepción del atractivo físico, los hábitos de alimentación y la realización de la dieta. Se requiere profundizar más en el tema de la imagen corporal en las adolescentes embarazadas, para la generación de posibles acciones en este campo (20, 21).

Asimismo, la expresión de aspectos positivos frente a su embarazo, “me hace feliz”, “me hizo madurar como persona”, se puede interpretar con lo descrito en otras investigaciones: las adolescentes perciben que su responsabilidad es relativa, y muestran una actitud de conformismo y resignación, resultando posteriormente una tendencia a la racionalización de los acontecimientos, sin tener una imagen definida ni una valoración de los cambios y las consecuencias que ocurren durante y después del embarazo (22).

En cuanto al acceso a servicios de salud, la literatura internacional muestra que el control prenatal en adolescentes es habitualmente insuficiente y a veces inexistente, describiendo barreras y facilitadores para acceder al primer control y mantener la asistencia; entre las barreras identificadas están las relacionadas con temor y vergüenza, ausencia

de privacidad, maltrato y barreras administrativas, elementos identificados en este y otros trabajos de investigación (23, 24).

Es evidente que la configuración del marco conceptual interpretativo de sus significados frente al embarazo, estuvo influenciado por las redes sociales electrónicas y los medios de comunicación; algunos estudios en Colombia refieren que para los adolescentes, pertenecer a un grupo de Facebook es una manera de sentirse parte de algo, tener una imagen común que cobija a los miembros, los protege, les permite actuar como un “yo” colectivo, un medio de socialización para apropiarse de saberes y prácticas en aspectos de su salud sexual y reproductiva, lo que favorece el inicio temprano de relaciones sexuales y la posibilidad de embarazos (25). Por lo anterior, las acciones implementadas por el sector salud frente al embarazo en adolescentes y otras problemáticas, deberían considerar que las redes sociales electrónicas, son actualmente la manera que tienen de interactuar y relacionarse los adolescentes con su grupo de pares, por lo que se propone integrar en los equipos de salud, expertos en el manejo de la Internet y las redes sociales, realizando investigaciones que permitan identificar los alcances y las limitaciones de su incorporación en las acciones de educación y promoción de la salud con adolescentes (26).

El embarazo en adolescentes presenta una alta carga social negativa y un fuerte reproche cultural por la sociedad, la familia e incluso por el personal de salud, lo cual puede llevar a un enjuiciamiento del acto cometido por la adolescente, que en gran medida se convierte en factor detonante para sufrir algún tipo de violencia, tal como se presentó en los resultados cualitativos de esta investigación (23, 27).

En resultados de un trabajo cualitativo en Jalisco, las parteras también señalan que en la atención de adolescentes embarazadas encuentran mayores datos de violencia, que en el resto de las mujeres que solicitan sus servicios, por lo que será importante enfatizar las acciones de prevención de la violencia obstétrica en este grupo poblacional, considerando

incorporar en las estrategias, además del personal institucional de salud, a la partera y otros actores locales que pudieran incidir en aspectos de la salud materna y perinatal tales como instituciones, organismos o asociaciones de la sociedad civil (28).

Existen reportes de investigaciones que señalan, que aun en los lugares donde los anticonceptivos son fáciles de adquirir, las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizarlos que las mujeres adultas, siendo importante destacar lo encontrado en los grupos focales de esta investigación, donde se señaló la falta de privacidad en las instituciones de salud, lo cual generó limitaciones para manifestar sus dudas, todo ello a pesar de que la educación sexual integral es un pilar fundamental en los programas de atención a los adolescentes (2, 29).

Respecto a la identificación de algún tipo de adicción en este grupo de adolescentes embarazadas (21,4 %), se debe tomar en cuenta que la adolescencia es un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales, aspectos que se relacionan entre sí y les permite alcanzar su identidad personal e integración a la sociedad, adquiriendo estilos de vida saludables o problemáticos (fumar, beber, uso de drogas), por lo que se debe considerar el control prenatal como un periodo de oportunidad para la detección y atención de adolescentes usuarias de sustancias adictivas (30, 31).

Es importante resaltar que por la naturaleza del abordaje metodológico cualitativo que se utilizó en la presente investigación, los hallazgos otorgaron elementos que a diferencia del método cuantitativo, permiten describir las vivencias y experiencias de las adolescentes de un contexto urbano durante su embarazo, lo cual complementa y permite comprender el actuar de las adolescentes y su toma de decisiones en lo que respecta a su salud.

Se reconoce también que una de las limitaciones del estudio es que estas experiencias corresponden a un grupo de adolescentes específico de Guadalajara, Jalisco (México), las cuales utilizaron los servicios de una institución pública, por lo que es necesa-

rio tener acercamientos con este mismo enfoque metodológico a usuarias de otras instituciones de salud, pero también, a otros contextos urbanos, reconociendo que a pesar de tener la característica de urbanidad, la cultura entre un país y otro, o aún dentro de un mismo país, es diferente.

CONCLUSIONES

Es evidente la presencia de la deserción escolar y el poco acceso a ingresos económicos en las adolescentes embarazadas del presente estudio, lo cual acentúa ciclos de poca educación y pobreza; lo anterior, aunado a las experiencias de sentir temor y vergüenza para acercarse a las instituciones de salud, y la ausencia de privacidad, genera dificultades para propiciar momentos y lugares en donde los adolescentes puedan plantear sus inquietudes y dudas en torno a su salud sexual y reproductiva, que les permitan realmente lograr un empoderamiento en la toma de decisiones de manera libre e informada.

Dentro de las acciones que se generen, no debe olvidarse la individualidad de los adolescentes, además de las circunstancias, condiciones y los cambios socioculturales que se presentan en estas nuevas generaciones –por ejemplo, las redes sociales electrónicas–, aspectos que deben de ser incorporados y evaluados en los programas de salud en torno a los adolescentes.

REFERENCIAS

1. Menéndez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012;38: 333-42.
2. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. WHO/FWC/MCA/12.02. OMS 2012. [Visitado 2015 Sept 19]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_sp.pdf
3. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente

- complejo. Recopilación de artículos junio 2009;87:405-484. [Visitado 2015 Sep 25]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
4. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública de México*. 2014;56:286-94.
 - Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo EE, Estrada F, Vara D. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*. 2015;57:135-43.
 6. Acero MA, Caro IM, Henao LK, Ruiz LF, Sánchez GV. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia*. 2013;31:103-110.
 7. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva N° 364. El embarazo en la adolescencia. Actualización de septiembre de 2014. OMS;2014. [Visitado 2015 Ago 16]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
 8. Campos AI, Reyes AV. Determinantes de la salud en adolescentes gestantes. Puesto de salud Miraflores alto Chimbote. *Crescendo Ciencias de la salud*. 2014;1:271-83.
 9. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Informe final. Subsanar las desigualdades sanitarias en una generación. [Visitado 2015 Ago 5]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spain.pdf?ua=1
 10. Martínez C. El lugar del sujeto en el campo de la salud: enseñanzas de la investigación cualitativa. *Revista Ciéncia & Saúde Coletiva*. 2014;19:1095-102.
 11. Muñiz M. Estudios de caso en la investigación cualitativa. División de Estudios de Posgrado Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología. México; 2010:1-8.
 12. Greimas AJ, Campodónico H, Ballón E, Courtés J. Semiótica: Diccionario razonado de la teoría del lenguaje. Madrid: Gredos; 1990.
 13. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana. Briceño 2012. *Rev. Salud Pública*. 2014;16:394-406.
 14. Contreras H, Mori E, Hinostroza WD, Yancachajlla M, Lam N, Chacón H. Características de la violencia durante el embarazo en adolescentes de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2013;30:379-385.
 15. Sánchez Y, Mendoza L, Grisales M, Ceballos L, Bustamante J, Muriel E. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2013;78:269-81.
 16. Huancos D, Ticona M, Ticona M, Huancos F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2012;77:122-8.
 17. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista Médica de Chile*. 2004;132:65-70.
 18. Gómez Á, Gutiérrez M, Izzedin R, Sánchez L, Herrera N, Ballesteros M. Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista de Salud Pública*. 2012;14:189-99.
 19. Binstock G, Näslund E. Maternidad adolescente y su impacto sobre las trayectorias educativas y laborales de mujeres de sectores populares urbanos de Paraguay. *Papeles de población*. 2013;19:15-40.
 20. Cruz M, Salaberria K, Rodríguez S, Echeburúa E. Imagen corporal y realización de dieta: diferencias entre adolescentes españolas y latinoamericanas. *Univ Psychol*. 2013;12:699-708.
 21. Vaquero R, Alacid F, Muyor J, López P. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*. 2013;28:27-35.
 22. Álvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Rodríguez L. Motivaciones para el embarazo adolescente. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26:497-503.
 23. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González M, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio

- cuantitativo en Chile. *Salud Pública Mex.* 2013;55: 572-9.
24. Gobierno de Chile. Organización Cultura y Salud para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud. Estudio de barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Estudio realizado entre octubre 2009 y marzo 2010. [Visitado 2015 Jul 15]. Disponible en: <http://osarguatemala.org/sites/all/docs%20e%20investigaciones/Barreras%20Servicios%20de%20Planificacion%20Familiar%20en%20Chile.pdf>
25. Martínez A, Fonseca Ó, Esparcia A. Redes sociales y jóvenes. Uso de Facebook en la juventud colombiana y española. *Comunicar.* 2013;20:127-35.
26. Blanco M. Implicaciones del uso de las redes sociales en el aumento de la violencia de género en adolescentes. Instituto de la Comunicación e Imagen. Universidad de Chile. *Comunicación y Medios.* 2014;30:124-41.
27. Luengo M, Millán T, Herreros J, Zepeda A, Henríquez M. Madres y padres de adolescentes urbanos: percepciones y expectativas de la atención en salud sexual y reproductiva para sus hijos. *Revista Médica de Chile.* 2014;142:1259-66.
28. Villaseñor M, Laureano J, Mejía M, Valadez I, Márquez J, González J. Mujeres violentadas durante el embarazo y el parto: experiencias de parteras en Jalisco, México. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2014;32:9-16.
29. Mora D. Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud.* 2014;15:45-56.
30. Díaz C, González M. Conductas problema en adolescentes en la ciudad de Monterrey, México. *Enfermería Global.* 2014;13:1-16.
31. Flores M. Uso de sustancias adictivas durante el embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana.* 2012;26:169-71.

Conflicto de intereses: ninguno declarado.