

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA. UNA PERSPECTIVA
CUALITATIVA DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**TRABAJO RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD**

PRESENTA:

EVELIA MUÑOZ FLORES

**DIRECTORA DE TRABAJO RECEPCIONAL
DRA. JANIK AMARELA VARELA HUERTA**

MÉXICO D.F. JUNIO DE 2011

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

“AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS”

MIS PADRES:

JOSÉ CARMEN Y FORTIS. Por sus consejos, creer en mí y ofrecerme todo el apoyo incondicional en toda índole.

A MIS HERMANOS (AS):

ANTONIO, GERARDO, JOSÉ, BENJAMÍN, IRENE Y MARÍA EUGENIA. Por brindarme cariño, ayudarme, comprenderme, alentarme y no dejarme vencer para salir adelante. Además de ser mis motores de ayuda cuando más los necesitaba ya que sus buenos deseos, me impulsan día a día para emprender nuevas metas.

A MIS SOBRINOS (AS):

LUIS ANTONIO, YAHIR, JOSÉ MARÍA, MARLEN Y LUZ ELENA. Por ofrecerme su cariño, su presencia me llena de alegría y felicidad, me han enseñado que la vida está llena de bellos momentos.

A TODOS (AS) MIS AMIGOS(AS)

LAURA, ADRIANA, ELIZABETH, KAREN, URIEL, JULIÁN Y GERARDO. Por dejarme ser parte de sus vidas y por compartir maravillosos momentos.

Con gran respeto y cariño a la **UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**, por otorgarme el apoyo económico a través de una beca durante la

realización de este trabajo recepcional y por brindarme la oportunidad de lograr una de mis metas ¡Ser una mujer Profesionista!

Al **PLANTEL SAN LORENZO TEZONCO**, por albergarme en cada una de sus aulas el deseo de superación y por contribuir en mi formación como profesionista.

Con gran admiración y respeto a mis **PROFESORES Y PROFESORAS**; que con sus conocimientos, experiencias y consejos me guiaron por el camino correcto para poder hacer realidad el objetivo de ser una mujer profesionista.

A MI DIRECTORA DE TRABAJO RECEPCIONAL:

JANIK AMARELA VARELA HUERTA. Por todo el apoyo, llenarme de conocimientos y aprendizajes al dirigirme con creatividad y entusiasmo. Por creer en mí y motivarme a concluir este proceso en mí trabajo recepcional.

A MIS SINODALES:

LOURDES GUZMÁN PIZARRO, JAVIER GUTIÉRREZ MARMOLEJO, MARIANA BERLANGA GAYÓN Y MARTHA A. GÓMEZ PANANÁ. Por su valiosa colaboración a través de las observaciones, correcciones y sugerencias que fueron fundamentales para pulir este trabajo.

ÍNDICE

Capítulo I. El proceso de investigar cualitativamente el embarazo en las adolescentes

Agradecimientos y dedicatorias	2
Introducción	7
1.1 Objetivos de la investigación	12
Generales	12
Específicos	12
1.2 Justificación del trabajo de investigación.....	13
1.3 Planteamiento del problema de investigación	14
1.4 Hipótesis que guió el trabajo	14
1.5 Artesanía metodología.....	14
1.6 Diferencias metodológicas (cualitativas y cuantitativas)	15
1.7 Entrevista en profundidad.....	20
1.8 Selección de sujetos entrevistados para está investigación	21
1.9 Descripción de las tres entrevistas a madres adolescentes	21
1.10 Instrumento de investigación	22
1.11 Las preguntas que guiaron mi diálogo con las madres adolescente	23
1.12 Análisis de los resultados del trabajo de campo	23

Capítulo II. El Embarazo en las adolescentes desde la perspectiva emancipatoria de la Promoción de la Salud

2.1 Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud	26
2.2 El polisémico concepto de Promoción de la Salud	30
2.3 El concepto de Promoción de la Salud	31
2.4 Perspectiva emancipatoria de Promoción de la Salud	32
2.5 Promoción de la Salud emancipatoria como marco para problematizar	34
2.6 Promoción de la Salud emancipatoria como marco para proponer intervenciones ..	37
2.7 Conceptos clave para reflexionar sobre el problema de salud en el embarazo de las adolescentes	37
2.7.1 Adolescencia	37
2.7.2 Embarazo adolescente	39
2.7.3 Relaciones familiares.....	41
2.7.4 Relaciones de pareja	46
2.7.5 Relaciones escolares.....	50
2.7.6 Relaciones Laborales	52
2.7.7 Relaciones en el Hospital	56
a) Médicas.....	56
b) Con el personal de investigación	59

Capítulo III. Una aproximación crítica a la violencia simbólica de las instituciones de salud

3.1 Descripción del cuestionario a madres adolescentes en el Servicio Social.....	63
3.2 Diario de campo, análisis cualitativo de una experiencia de investigación cuantitativa	69
3.3 Descripción de los 12 Capítulos del cuestionario en el Servicio Social	73
3.4 Análisis crítico sobre el cuestionario aplicado a madres adolescentes en el Servicio Social	82
3.5 Aprendizajes vitales durante el Servicio Social	91
3.6 Aprendizajes en lo profesional durante el Servicio Social	93

Capítulo IV. Una aproximación cualitativa desde la Promoción de la Salud

4.1 Los hallazgos sobre madres adolescentes.....	97
4.2 Análisis de las entrevistas en profundidad a madres adolescentes.....	99
a) Relaciones de poder.....	100
b) Inscripciones corporales y corporeizaciones.....	102
c) Capitales	105
d) Proyecto de vida.....	113

Conclusiones	120
---------------------------	------------

Bibliografía.....	124
--------------------------	------------

Anexos.....	129
--------------------	------------

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una apuesta por describir, analizar y comprender el embarazo en las adolescentes, primero, a partir del análisis crítico de mi experiencia durante el Servicio Social, realizando un cuestionario de forma cuantitativa a mujeres adolescentes que tuvieron un hijo (a) durante los años 2003, 2004 ó 2005 en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

La herramienta cuantitativa (el cuestionario) aplicado durante el Servicio Social tiende a ser exacto por la precisión de los números y muestra un análisis a través de sistematizar variables en donde los resultados son por medio de estadísticas, gráficas, y porcentajes.

Como consecuencia del cuestionario realicé un análisis crítico de este ejercicio de investigación. Decidí abordar este fenómeno desde una perspectiva cualitativa. Posteriormente, efectúe tres entrevistas en profundidad a mujeres, de ese mismo universo de encuestadas cuantitativamente que fueron madres durante la adolescencia, para conocer la realidad vivida a través de cada una de sus propias experiencias.

Consideré en este trabajo la necesidad de indagar sobre la utilización de otras opciones de investigación, para conocer o identificar las problemáticas que rodean a la maternidad, pues en esta etapa las mujeres viven experiencias que algunas veces no son estudiadas en profundidad por los profesionales de la salud (en donde el contexto en el que viven les niega las posibilidades de poderse desempeñar en los diversos espacios como madres, esposas, trabajadoras, estudiantes, etc.).

El personal que trabaja en las instituciones de salud tiende a no reconocer la subjetividad de las mujeres, lo que torna difícil que puedan lograr mejores niveles de

salud a través de tomar en cuenta la dignidad, la autonomía y el ejercicio de las capacidades humanas en cada una de ellas.

Por ello, este trabajo, se propuso comprender la subjetividad de las mujeres, por medio de la entrevista en profundidad como ejercicio de diálogo. Esto, en un principio como una propuesta, para que las instituciones de salud se apropien de nuevas herramientas de investigación cualitativa que les permitan conocer y entender la realidad social en la que viven las jóvenes madres. Este trabajo, es además un esfuerzo de construcción de las categorías para pensar el embarazo en la adolescencia desde la disciplina de la Promoción de la Salud y para ello realicé una revisión bibliográfica sobre el tema.

Argumento que muchas veces, desde el ámbito académico, se invisibilizan las experiencias de las mujeres detrás de la maternidad, por lo cerrado que fue utilizar un instrumento cuantitativo como el cuestionario¹. De ahí que proponga, utilizar las herramientas cualitativas como la entrevista en profundidad, para poder comprender cada una de las experiencias, ya que el embarazo en la adolescencia no sólo tiene que ver con la sexualidad en términos biológicos sino que ha venido a constituir un hecho social, cultural e histórico para las mujeres en lo contemporáneo.

Para dicho análisis, se revisaron y reseñaron argumentos de tesis de grado, libros y artículos sociocientíficos, los cuales permiten inferir los enfoques epistemológicos de algunos autores que han realizado estudios o trabajos que se relacionan con el tema de madres adolescentes. A través de conocer perspectivas teóricas y conceptuales, así como estrategias de investigación para fundamentar la

¹ aunque no todos los cuestionarios se procesan cuantitativamente.

metodología integrada en este trabajo. Para completar un modelo analítico, se hace uso del enfoque emancipatorio de la Promoción de la Salud.

Este trabajo, se divide en cuatro capítulos, comprendidos de la siguiente manera: en el primer capítulo, se expone el diseño del proceso de investigación a través de delimitar el tema y los objetivos de la misma. Así como la justificación, el planteamiento del problema y la metodología utilizada.

El segundo capítulo, se basa en el marco teórico, comprende el trabajo explicativo sobre conceptos desde la perspectiva emancipatoria de la Promoción de la Salud. Primero se reflexionan las categorías o tópicos con que se analizaron los problemas de salud de las madres adolescentes y utilicé estadísticas para sustentar el contexto de las mujeres en México. Luego se describen los hallazgos encontrados durante el análisis del trabajo de campo. Ya que para hablar con profundidad del embarazo en las adolescentes, implica no sólo analizar a la adolescencia y el embarazo. Es necesario cuestionar si los marcos teóricos que sostienen sus conceptos son vigentes, para considerar sus diferentes variaciones entre las mujeres y los hombres.

El tercer capítulo, es una aproximación crítica a la violencia simbólica que ejercen las instituciones de salud, a partir de analizar la experiencia de trabajar en el cuestionario aplicado a las madres adolescentes durante el Servicio Social.

A su vez, hago mención de algunas voces de madres adolescentes, según la experiencia durante el Servicio Social y utilizando el diario de campo. También se describen los doce apartados del instrumento de investigación cuantitativa. Se expone el análisis crítico a la investigación cuantitativa (cuestionario) detallada en el diario de campo y finalmente se presenta una reflexión sobre los aprendizajes obtenidos.

El cuarto capítulo describo una aproximación cualitativa por medio de los hallazgos explorados durante el análisis de las entrevistas en profundidad del trabajo de campo. Se expone dicho análisis por medio de tablas comparativas y se describen cada una de las categorías utilizadas desde el enfoque emancipatorio de la Promoción de Salud.

Al final se presentan las conclusiones del trabajo de investigación que culmina con la redacción de esta tesis.

CAPÍTULO I. EL PROCESO DE INVESTIGAR CUALITATIVAMENTE EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

El objetivo de este capítulo es describir como se llevó a cabo esta investigación, exponiendo la metodología que se utilizó para desarrollar este trabajo sobre mujeres madres adolescentes.

Para los fines de este trabajo requerí definir a la maternidad como un hecho social, cultural e histórico; me di cuenta que la maternidad abarca muchos aspectos tanto biológicos como psicológicos. En donde muchas veces la maternidad no sólo implica tener un hijo (a) sino la tarea de constituirlo como sujeto síquico y social, a partir de la crianza y los procesos de socialización.

De esta manera me empecé a dar cuenta que no era tan fácil hablar sólo de maternidad, por eso es que como producto de lo que había realizado durante el Servicio Social, decidí delimitar mi tema a partir de analizar, desde una perspectiva crítica, un cuestionario basado en el enfoque cuantitativo y que había aplicado a madres adolescentes.

Por lo anterior me di cuenta que este tema estaba vinculado al ámbito de la Promoción de la Salud ya que el ser madre en la adolescencia no es un hecho invariable, universal, igual en todas las culturas. Aunque sí puede decirse que generalmente son las mujeres y no los hombres, los que en general tienen la responsabilidad primordial de la crianza de los hijos e hijas. Muchos de estos roles son cambiantes y están relacionados con los diferentes modos de organización social.

Propuse dar a mi trabajo un enfoque más cualitativo para poder considerar a las madres adolescentes desde criterios de diversidad, ya que las realidades vividas por las

adolescentes, lleva a considerarlas de forma más compleja. Podemos hablar de la Promoción de la Salud desde una heterogeneidad de situaciones a las que se enfrentan las madres adolescentes, considerando a las mismas como sujetos históricas/sociales y que, como tal, tienen una gran variabilidad a través de los tiempos en una misma cultura, o dentro de ella en diferentes clases sociales y grupos étnicos.

1.1 Objetivos de la investigación

Generales

- ❖ Conocer, analizar y describir la experiencia y el papel de la mujer adolescente embarazada dentro de la familia y la relación que sostiene con la sociedad.
- ❖ Que las Instituciones de Salud consideren y se apropien de nuevas herramientas de investigación cualitativa que les permitan conocer y comprender la realidad social de madres adolescentes.

Específicos

- ❖ Hacer un análisis crítico al cuestionario aplicado a madres adolescentes durante el Servicio Social.
- ❖ Diseñar una herramienta cualitativa (entrevista en profundidad) para comprender el embarazo en la adolescencia en su complejidad.
- ❖ Aplicar y analizar las entrevistas en profundidad a madres adolescentes.
- ❖ Elaborar una propuesta de investigación cualitativa sobre el embarazo en la adolescencia para las Instituciones de Salud.

1.2 Justificación del trabajo de investigación

Al aplicar el cuestionario en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Me percaté de la importancia que tiene para mí no sólo lo teórico sino lo práctico en la Promoción de la Salud y observé las dificultades que surgen al llevar a cabo una investigación.

Algunas veces no sólo basta el diseño de una investigación, pues no pensamos en pequeñas cosas que nos parecen “normales” porque pasan desapercibidas. Pero, te das cuenta cuando eres tú mismo (a) quien ejecuta el instrumento de investigación.

La estructuración de un cuestionario puede servir para recabar información de la que deseamos saber para hacer estadísticas, gráficas, porcentajes, etc. Esto sirve para que el investigador haga comparaciones en poblaciones o muestras. Considero que es necesario construir instrumentos que nos ofrezcan información de calidad sobre la experiencia subjetiva, de lo que piensan y viven actualmente las mujeres que tuvieron un hijo (a) durante la adolescencia.

Si bien, las herramientas de investigación cuantitativa sólo nos proporcionan datos numéricos, nos dicen poco de las emociones, sentimientos y prácticas de las personas. Es importante que como profesionistas de la Promoción de la Salud conozcamos las herramientas de investigación cualitativa para que podamos entender de manera holística las diferentes problemáticas que viven las personas y que muchas veces no se toman en cuenta.

1.3 Planteamiento del problema de investigación

El problema central que me planteé fue el siguiente: ¿Por qué la institución en donde realicé el Servicio Social utilizó herramientas de investigación cuantitativa para la obtención de datos numéricos en mujeres que se embarazaron durante la adolescencia y no utilizó las herramientas cualitativas para conocer sus experiencias?

Y para resolverlo me propuse hacer un análisis crítico a la herramienta de investigación cuantitativa (el cuestionario). De la institución en donde realicé el Servicio Social y en el cual participaron madres adolescentes.

Además de utilizar la herramienta de investigación cualitativa (entrevista en profundidad); en las mujeres que tuvieron un hijo (a) durante su adolescencia para saber acerca de sus experiencias de lo que piensan y viven actualmente.

1.4 Hipótesis que guió el trabajo

La entrevista en profundidad muestra a las Instituciones de Salud herramientas apropiables que permiten a los trabajadores de la salud comprender en profundidad los problemas que enfrentan las madres adolescentes. A diferencia de una herramienta cuantitativa como el cuestionario que sólo puede proporcionar cifras y números.

1.5 Artesanía metodológica

El método en este trabajo es de corte cualitativo e inductivo porque parte de datos concretos sobre la realidad de las madres adolescentes, para ello utilicé la entrevista en profundidad como herramienta cualitativa.

- Para la obtención de la información se realizaron tres entrevistas en profundidad a mujeres que tuvieron un hijo (a) durante la adolescencia y que forman parte del “universo de la muestra” del cuestionario cuantitativo.
- Elaboración y análisis cualitativo de un diario de campo sobre la experiencia del Servicio Social.

1.6 Diferencias metodológicas (cualitativas y cuantitativas)

A continuación se describen algunas características de los instrumentos metodológicos que se utilizan en las investigaciones.

Dimensiones	Metodología Cuantitativa	Metodología Cualitativa
Marcos Generales	Basada en la inducción probabilística del positivismo, neopositivismo y postpositivismo.	Basada en la fenomenología, naturalismo, interpretativismo y comprensión.
Observación	Controlable	Participante.
Punto de partida	Hay una realidad que conocer.	Hay una realidad que descubrir, construir e interpretar.
Realidad a estudiar	El mundo es concebido como externo al investigador.	El investigador es concebido como parte del contexto.
Naturaleza de la realidad	La realidad no cambia por las observaciones y hay mediciones de datos.	La realidad sí cambia por las observaciones y hay recolección de datos.
Objetividad	Busca la objetividad de su estudio.	Admite la subjetividad de su estudio.
Lógica	Es deductiva e inferencial.	Es inductiva, explicativa y descriptiva.
Posición personal del investigador	Es “neutral” porque el investigador hace a un lado sus propios valores y creencias.	Es explícita porque el investigador sí reconoce sus propios valores y creencias, incluso son parte del estudio.
Interacción (investigador y el fenómeno)	Se niega dicha interacción.	Es más próxima y suele haber gran contacto.

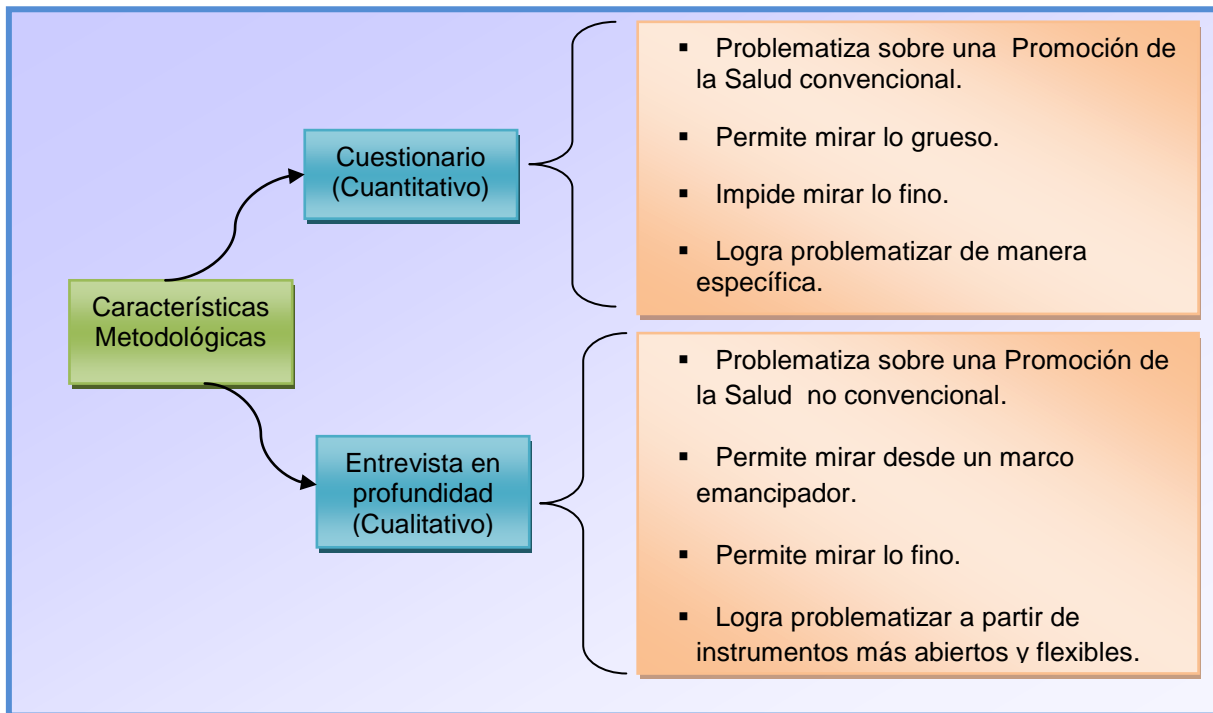
Dimensiones	Metodología Cuantitativa	Metodología Cualitativa
Papel de los fenómenos estudiados.	Son pasivos.	Son activos.
Relación entre el investigador y el fenómeno de estudio.	De independencia y neutralidad. No se afectan y se separan. (Supuestos ideológicos).	De interdependencia, influyen y no se separan.
Planteamiento del problema	Delimitado, acotado, específico y poco flexible.	Abierto, libre y una construcción siempre en proceso.
Generación de la teoría	La teoría es generada a partir de comparar la investigación previa con los resultados de estudio.	La teoría no se fundamenta en estudios anteriores, sino que se genera o construye a partir de los datos obtenidos y analizados.
Revisión de la literatura y las variables o conceptos de estudio	El investigador hace la revisión de la literatura para buscar variables significativas que puedan ser medibles. Recaba información ya escrita con anterioridad (revisa la bibliografía que ya existe sobre el tema), para evitar posibles errores de interpretación.	El investigador más que fundamentarse en la revisión de la literatura para seleccionar y definir las variables. Confía en su proceso mismo de investigación para identificarlos y descubrir como se relacionan.
Hipótesis	Se establece para aceptar o rechazar dependiendo del grado de certeza o probabilidad.	Se generan hipótesis durante el estudio o al final de éste.
Diseño de la investigación	Estructurado y predeterminado.	Abierto, flexible, construido durante el trabajo de campo o realización del estudio.
Población-muestra	El objetivo es generalizar los datos de una muestra a una población.	El objetivo no pretende generalizar los resultados obtenidos de una muestra a una población.
Composición de la muestra	Estadísticamente representativos.	No representativos desde lo estadístico.
Tipo de datos	Datos confiables y duros.	Datos profundos y enriquecedores.
Recolección de datos	De forma objetiva. Se fundamenta en la medición de manera que toman un valor numérico las variables.	De forma subjetiva. Se procede por medio de herramientas o técnicas que permitan recolectar datos.

Dimensiones	Metodología Cuantitativa	Metodología Cualitativa
Análisis de datos	A través de métodos estadísticos. Se procede a codificar. Los códigos pueden ser números o letras. La asignación de los códigos dependerá de la naturaleza de las variables. La finalidad del análisis de datos es simplificar el manejo de los datos para posibilitarlo a nivel informativo.	No se recaban datos de forma numérica, el análisis no se hace de manera estadística. Los datos se dan a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como por medio de lo observado. Se describe y se analiza por temas que surgen de manera subjetiva en las personas.
Presentación de resultados	Tablas, diagramas, graficas de pastel y modelos estadísticos. El formato de presentación estándar desde cifras y números.	El investigador emplea una variedad de formatos para reportar sus resultados como: narraciones, fragmentos de textos, videos audios, fotografías, mapas, cuadros, matrices y modelos conceptuales.
Reporte de resultados	Los reportes utilizan un tono objetivo, impersonal y no emotivo. Esto puede hacerse mediante representación gráfica (por ejemplo, sectoriales, curvas, diagramas de barras y por representación numérica).	Los reportes utilizan un tono personal y emotivo. Plasma la información tal y como es observada en la realidad. La información debe ser clara, concisa y como se está presentado el fenómeno de estudio.
Conclusiones	Se basan en observaciones a través del registro de los datos, para poder determinar si algo influye o no en el estudio. Las conclusiones contribuyen a la generación de conocimiento. Se deben dar por medio de un abordaje estático y particularista.	Las conclusiones se deben dar por medio de un abordaje holístico y dinámico.

Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente cuadro se muestran algunas características al utilizar la metodología cualitativa y cuantitativa.

Metodologías de investigación para problematizar



Fuente: Elaboración propia.

Mathew B. Miles y Michel Huberman (citado por Álvarez-Gayou, 2004), consideran las siguientes características de la investigación cualitativa utilizada en este trabajo:

- La investigación cualitativa se realiza en situaciones “normales” en la vida diaria de las personas, los grupos, las sociedades y las organizaciones.
- Los investigadores trabajan desde una visión holística (amplia e integrada) del contexto del objeto de estudio.
- Los investigadores utilizan pocos instrumentos generalizados, es decir, el investigador constituye el principal instrumento de medida para que se pueda llevar a cabo un análisis con palabras; esto a través de organizar los hallazgos. Permitiendo que el investigador contraste, compare y analice.
- En este trabajo la investigación cualitativa permitió mirar la realidad de las mujeres, a través de lo que comentaron sobre las diversas situaciones que se

generan en la vida cotidiana. Se estudió su realidad y se vieron las percepciones que tiene cada una de ellas. Cabe mencionar que al utilizar investigación cualitativa se pudieron obtener las voces propias de las jóvenes madres para explicar las formas en que ellas comprenden, narran, actúan, manejan las situaciones cotidianas y particulares en las que viven al ser madres adolescentes.

Durante la investigación cualitativa se consideró a las mujeres como actores sociales a través de tomar en cuenta sus subjetividades al ser madres durante la adolescencia; además se miró el contexto en el que se encuentran. De ahí que se suscriba lo que Taylor y Bogdan proponen: “En lo cualitativo el investigador adquiere conocimientos directos de la vida de las personas, no se basa en conceptos, definiciones ni escalas clasificadoras y no se preocupa por la precisión de los datos como en lo cuantitativo” (1996:21).

Cabe mencionar que la investigación cualitativa² se ocupa de recolectar, analizar y capturar la información en todos los significados o las formas posibles. Se puede asistir por medio de datos demográficos y no se altera el contexto de los sujetos. Lo que se obtuvo en este trabajo fué una comprensión, una descripción en profundidad con base a las experiencias de las madres adolescentes y se observaron los proyectos de vida. “La investigación cualitativa tiende a centrarse en la exploración de un limitado pero detallado número de casos o ejemplos que se consideran interesantes o

² Fabricio Balcázar (2003) dice que la Investigación-Acción Participativa (IAP) combina lo social, el trabajo educativo y la acción transformadora. Este tipo de investigación cualitativa puede ser utilizada desde la Promoción de la Salud en estudios posteriores.

esclarecedores, y su meta es lograr profundidad y no amplitud" (Blaxter *et al*; 2005: 92).

1.7 Entrevista en profundidad

La entrevista en profundidad es una interacción cara a cara entre el entrevistador (a) y el entrevistado (a). Es flexible y dinámica porque se dirige desde la comprensión de lo que expresan las personas. Busca una conversación basada en la confianza que permita generar respuestas abiertas por el entrevistado y está encaminada hacia las perspectivas que tienen los sujetos.

En este trabajo de investigación me propuse usar la entrevista en profundidad como herramienta cualitativa para comprender los significados de las experiencias de vida de tres mujeres que tuvieron un hijo (a) durante la adolescencia en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González» y que forman parte de la muestra del cuestionario cuantitativo.

La entrevista me permitió describir el mundo desde la perspectiva de las mujeres entrevistadas y encontrar nuevos significados de las experiencias al ser madres adolescentes. Según Steinar Kvale (citado por Álvarez-Gayou; 2004:109) el propósito de la entrevista en la investigación cualitativa "es obtener descripciones del mundo de vida del entrevistado respecto a la interpretación de los significados de los fenómenos descritos".

1.8 Selección de sujetos entrevistados para esta investigación

Consideré entrevistar en profundidad a las mujeres de manera cualitativa e individual para conocer la realidad social en la que viven al ser madres adolescentes. Álvarez-Gayou (2004) dice: las entrevistas cualitativas no presuponen una manera correcta de definir o interpretar situaciones o eventos, sino que buscan conocer el significado de las experiencias de las personas.

1.9 Descripción de las tres entrevistas a madres adolescentes

Me referiré a lo largo de este trabajo a la primera entrevistada como (E1), a la segunda entrevistada (E2) y a la tercera entrevistada (E3). A continuación muestro una descripción de las tres entrevistas en profundidad a madres adolescentes.

La primera entrevistada se llama Carolina (E1), tiene 21 años de edad, estudió en una secundaria diurna cerca de su domicilio, tuvo un bebé a los 15 años en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Actualmente vive con sus papá, mamá, hermana y con su hija que de cinco años de edad, en la delegación Coyoacán, en la Ciudad de México.

La segunda entrevistada se llama Inés Jazmín (E2), tiene de 20 años de edad, estudió su educación secundaria, tuvo un bebé a los 14 años en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Ella vive con su papá, un hermano y con su hijo de seis años de edad en la delegación Xochimilco en la Ciudad de México.

La tercera entrevistada se llama Dulce (E3), tiene 23 años de edad, estudió la secundaria, tuvo un bebé a los 16 años en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González». Ella vive en la delegación Magdalena Contreras, en la Ciudad de México,

con su pareja (hombre), sus dos hijas, la primera tiene seis años y la segunda tiene año y medio.

1.10 Instrumentos de investigación

Las tres entrevistas en profundidad a madres adolescentes se basaron en una guía de preguntas; se introdujeron preguntas generales, las cuales partieron del objetivo de este trabajo. Las preguntas fueron disparadores que permitieron explorar de manera profunda las experiencias de vida de las mujeres que tuvieron un hijo (a) durante la adolescencia.

Además, las preguntas me permitieron observar la subjetividad de las jóvenes adolescentes a través de poner atención en los procesos sociales y psíquicos de los cuales ésta se deriva. Álvarez-Gayou dice “la preparación de antemano es esencial para la interacción y el resultado de una entrevista. Una parte muy esencial para la investigación debe llevarse a cabo antes de encender la grabadora en la entrevista” (2004: 111).

Las entrevistas en profundidad de las tres madres adolescentes fueron grabadas y utilicé la observación en donde se pusieron en funcionamiento todos mis sentidos, para comprender lo que iban comentando las madres adolescentes. Registré esto en audio y por escrito.

Como sostiene Álvarez-Gayou “la observación consiste en obtener impresiones del mundo circundante por medio de todas las facultades humanas relevantes. Esto suele requerir contacto directo con el (los) sujeto (s) aunque puede realizarse

observación remota registrando a los sujetos en fotografía, grabación sonora, o videograbación y estudiándola posteriormente” (2004:103).

1.11 Las preguntas que guiaron mi diálogo con las madres adolescentes

El guión de entrevista semidirigida fue el siguiente:

- 1) ¿Cuál ha sido tu experiencia al ser madre durante la adolescencia?
- 2) ¿Cuál fue tu papel de mujer embarazada dentro de tu familia y con tu pareja?
- 3) ¿Cómo te tratan y que apoyo recibes por parte de tus familiares y de tu pareja?
- 4) ¿Cuáles son los cuidados que te brindaron y te brindan después de haber tenido a tu hijo?
- 5) ¿Cuál es la carga emocional e intereses que se genera en tu familia?
- 6) ¿Cómo te trataron en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González»?
- 7) ¿Cómo te trataron en el área de pediatría y de ginecología en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González»?
- 8) ¿Cuál fue tu experiencia en relación al cuestionario de calidad de vida en madres adolescentes?

1.12 Análisis de los resultados del trabajo de campo

Primero, para llevar a cabo esta investigación sobre madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González», tuve que hacer un reencuentro de lo que aconteció al utilizar el instrumento cuantitativo (cuestionario) durante mi Servicio Social. Me pude percatar de que la subjetividad de estas mujeres no estaba contemplada dentro de los resultados del cuestionario.

Las entrevistas de las mujeres se realizaron en los propios domicilios. Se transcribieron, después las transformé en texto y posteriormente las analicé por medio de matrices (tablas) comparativas de elaboración propia.

El análisis consistió en exponer de manera separada cada una de las categorías encontradas y utilicé las categorías del enfoque emancipatorio de la Promoción de la Salud en cada una de las entrevistas.

A partir de analizar los discursos de las tres mujeres entrevistadas, decidí trabajar a las siguientes categorías de las: relaciones escolares, relaciones de pareja, relaciones familiares, relaciones laborales y relaciones en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González», las cuales se describen con mayor amplitud en el siguiente capítulo.

Concluyo este capítulo resumiendo que las diferencias entre los instrumentos cuantitativos y cualitativos pueden dar cuenta de las relaciones de poder. Porque son distintas las metodologías y los fundamentos teóricos en cada una de ellas. Para el campo de la Promoción de la Salud, la utilización de la entrevista en profundidad como herramienta cualitativa es una opción para realizar un análisis más detallado sobre las experiencias de las madres adolescentes.

El uso de una herramienta cualitativa muestra las emociones, los sufrimientos, el dolor, las frustraciones, las tristezas, las alegrías, la felicidad, los gustos, las creencias, las costumbres, cultura y el contexto. En cambio una herramienta cuantitativa, como lo es un cuestionario, sólo nos muestra un análisis por medio de sistematizar variables. En donde los resultados se suelen dar por medio de estadísticas, gráficas y porcentajes.

Cabe decir a modo de conclusión que la investigación cualitativa se relaciona con la Promoción de la Salud, pude observar más amplia y profundamente el escenario de las madres adolescentes.

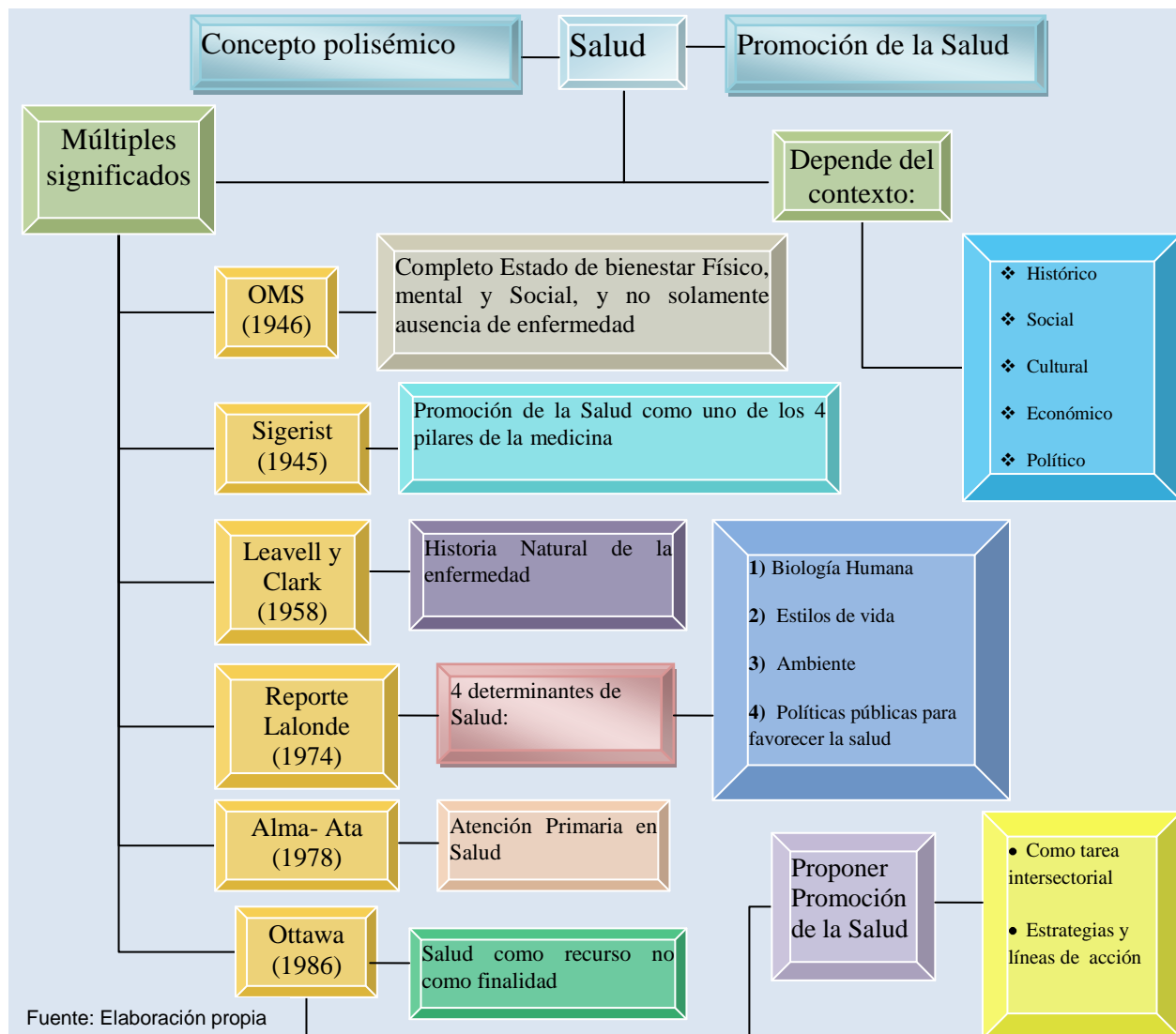
Considero importante que como profesionistas de la Promoción de la Salud conozcamos las herramientas de investigación cualitativa para que podamos entender a los sujetos de este estudio. La utilización de la herramienta cualitativa es de gran utilidad como eje para llevar a cabo un buen análisis, así como para descubrir las relaciones de poder que se ejercen en los diferentes campos en donde se desenvuelven las jóvenes madres.

Lo anterior podría servir para que los diversos espacios y las instituciones de salud se apropien de nuevas metodologías que les permitan ver de manera holística los problemas de salud que aquejan a las mujeres que han sido madres durante la adolescencia tanto de manera individual como colectiva.

CAPÍTULO II. EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA EMANCIPATORIA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El concepto de salud ha ido evolucionando a través del tiempo, por lo que en la actualidad hay un gran debate entre las diversas maneras de concebir la salud. Para este trabajo suscribo a la perspectiva emancipatoria desde el campo de estudio de la Promoción de la Salud.

2.1 Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud



La historia de la Promoción de la Salud surge con el nacimiento de la conciencia humana y a continuación se presentan algunos acontecimientos como parte de su génesis.

En los años 1940's el médico historiador Henry Sigerist, propuso cuatro ramas de la medicina e identificó el término de Promoción de la Salud diciendo que: la salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación ejercicio físico y los medios de descanso y recreación.

Años después Leavell y Clark, en 1958, identifican a la Promoción de la Salud como una de las acciones propuestas como el primer nivel más inespecífico y general de prevención de enfermedades en su estadio prepatogénico en la Historia Natural de la Enfermedad.

En el año de 1974, se publica en Canadá el Informe Lalonde, planteando a la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental, incluye políticas públicas para favorecer la salud. Sostiene que no sólo la biología y la medicina son importantes para la salud sino las condiciones ambientales y el cambio en los estilos de vida.

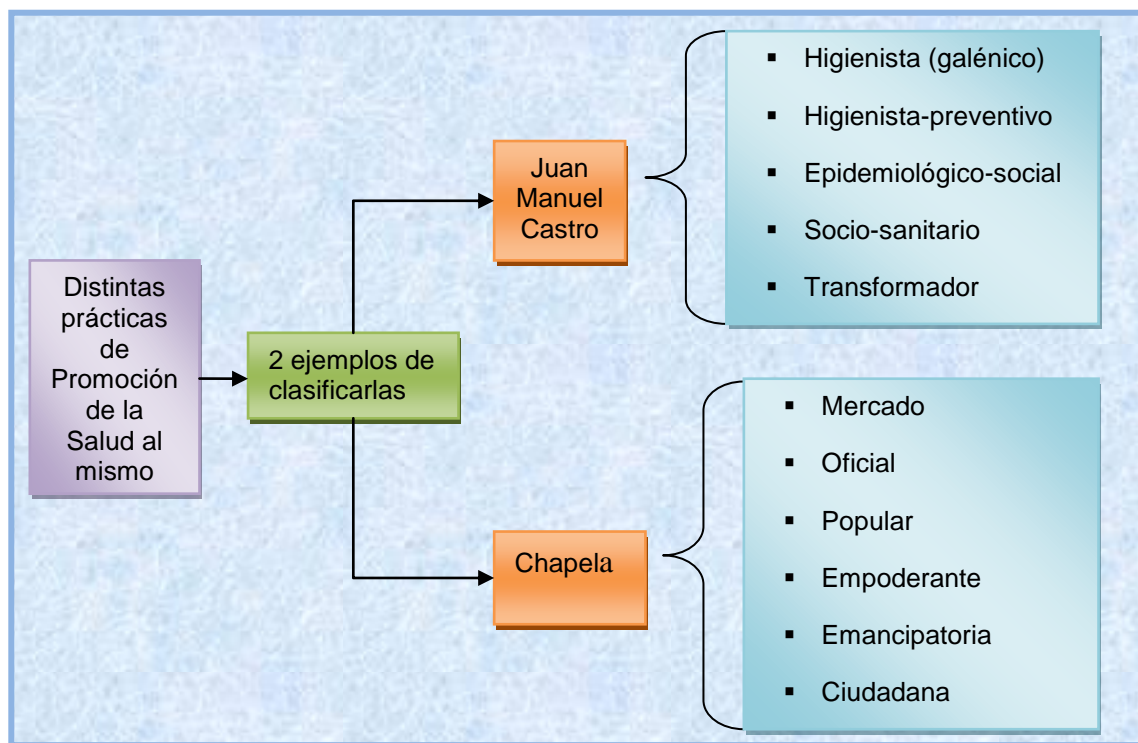
La declaración de Alma-Ata en 1978, subraya la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud y el objetivo es "salud para todos en el año 2000".

La primera Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud se realiza en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 en Canadá, fue organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se reunieron varios países para discutir y definir el nuevo concepto de salud de manera distinta, abarcando las necesidades humanas de forma holística. Menciona que la salud es un recurso y no la finalidad. La salud no es un campo exclusivo de la medicina, concierne a lo político, social, económico y es un

derecho humano. Se contemplan en la Promoción de la Salud ciertas estrategias o líneas de acción como: construir políticas públicas saludables (apoyo de sectores para financiar los servicios de salud), crear ambientes favorables a la salud (naturales, físicos, sociales, económicos, políticos, culturales), fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales (estilos de vida) y reorientar los servicios de salud.

En el siguiente cuadro se muestran algunas prácticas de la Promoción de la Salud.

Múltiples prácticas de Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia

Juan Manuel Castro (1998) menciona que la idea de promover la salud está implícita en una serie de rituales sociales presentes desde la Comunidad Primitiva, y se manifiesta en diversos preceptos jurídico-religiosos en diferentes civilizaciones, pues se considera que una aproximación mas estructurada del concepto de Promoción de la

Salud surgió en la Grecia Helénica, en la que la salud era concebida como la perfecta armonía entre el espíritu y el cuerpo. La actitud social hacia la salud, se reflejaba en dos prácticas diferentes; pero complementarias: la curación del enfermo (auspiciada por Panacea) y la procuración de la salud (auspiciada por Hygea). Castro, describe los siguientes modelos o perspectivas de la Promoción de la Salud:

- 1) Higienista (galénico): Se basa en la enfermedad, el objeto de transformación (individuo) y el agente causal surge a través del estilo de vida.
- 2) Higienista-preventivo: Enfoque (enfermedad), objeto de transformación (huésped), agente causal (patógeno). Se da de manera unicausal y en la práctica preventivista.
- 3) Epidemiológico-social: El objetivo es cambiar los estilos de vida, enfoque (salud-enfermedad), modo de acción multicausal y la práctica es de autocuidado.
- 4) Socio-sanitario: Enfoque (salud), objeto de transformación (sujeto-social), modo de acción multicausal, la práctica es a través de la capacitación, autocuidado y de la responsabilidad colectiva.
- 5) y el modelo transformador del que hace la consideración básica de la relación de los agentes con el poder.

Chapela (2008) describe seis prácticas de Promoción de la Salud:

- Mercado: La salud es vista como mercancía, creada por imposición de significados, las personas son vista como consumidoras y clientes. Se genera dinero para las empresas a través de ventas y es dominante e individualista.
- Oficial: La salud se encuentra en los discursos dominantes y en programas oficiales, cuyo objetivo es prevenir enfermedades a través del pensamiento médico.

Tiene dos raíces: la médica e instituciones/gubernamentales vinculada al mercado. En este tipo de promoción se impide ver a las personas en grupos sociales y se lleva a cabo en las personas de manera pasiva e individual.

- Popular: Observa la salud a través del saber popular, con conciencia y responsabilidad, tanto en lo individual como en lo colectivo. Esta práctica se puede dar desde la familia y en el barrio. Los promotores de la salud pueden ser cada una de las personas o profesionales validados por la red social como: parteras, sacerdotes, maestros, médicos tradicionales, cultores de belleza, entrenadores deportivos, etc. Intenta devolver la identidad en las personas y trata a resolver problemas. Considera a la persona como gente con la que se trabaja.
- Empoderante: Su meta es mirar a las personas como agentes sociales, los cuales buscan el ejercicio de su poder de manera individual y colectiva, para obtener salud.
- Emancipatoria y ciudadana: Ve a las personas como sujetos-éticos que buscan el ejercicio de su poder de forma individual y colectiva. Para que ellos mismos formulen ideas, tomen sus propias decisiones y ejerzan poder. Para que logren futuros viables y puedan mostrar cambios favorables al desarrollo de su salud.

2.2 El polisémico concepto de salud

Una de las características más sobresalientes de lo que dice la carta de Ottawa es que no ve a la salud como estado sino como un recurso. La Organización Mundial de la Salud define la salud como un “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades”. En este concepto de salud, la OMS considera que la salud es algo que se tiene o no, pero en la definición resulta imposible

y poco relacionado con la realidad de las personas. Pues la vida cotidiana del ser humano está llena de problemas que turban su bienestar físico, psicológico y social. Luego considera a la salud como una meta a perseguir, esta conceptualización tiende a subordinar a las personas, ya que es difícil de lograr.

2.3 El Concepto de Promoción de la Salud

La primera conferencia internacional de Ottawa propone la siguiente definición de Promoción de la Salud:

“La promoción de la salud consiste en **proporcionar** a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor **control** sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser **capaz de identificar y realizar sus aspiraciones**, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la **fuerza** de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”. [negritas del texto original]. (Chapela y Cerda; 2010: 42).

La Promoción de la Salud desde mi perspectiva, es un proceso a través del cual se considera a los sujetos capaces de mejorar su salud a partir de construir conocimientos. Para obtener un control de las aspiraciones de manera autónoma y lograr un proyecto de vida a futuro en lo individual y/o colectivo. Esto implica conocer lo que el sujeto social desea cambiar de la realidad en la que se encuentra y sobre la cual puede ejercer control. A través de identificar y modificar su ambiente con los recursos

que se encuentren a su alcance. Esto depende de las posibilidades de tomar decisiones y ejecutarlas a partir de un contexto histórico social.

Chapela y Cerda refieren que a partir de la carta de Ottawa se propone la definición de salud como la “capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y actuar en función de futuros viables” (2010:112). Esta definición de salud puede ayudar a pensar acerca de los problemas que aquejan a los sujetos de manera diferente, porque existen relaciones de poder³ que afectan la salud en la vida cotidiana de los humanos. Para ello, es necesario cambiar a través de imaginar acciones que permitan a los sujetos desarrollar cada una de sus capacidades humanas y generar altos niveles de salud que los lleve a un proyecto de vida viable en el futuro de manera individual y colectiva.

2.4 Perspectiva emancipatoria de Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud emancipadora es una práctica que busca la modificación del conocimiento, el capital y el juego de capitales⁴ en un campo en los diversos discursos de dominación que los sujetos han corporeizado. A través de los diversos contextos culturales, sociales e históricos, lo que ha influido en sus problemas

³ Para Michel Foucault (1979) las relaciones de poder son acciones que ejercemos sobre las acciones de otros para transformarlas, según nuestros intereses. Puede haber de gobernabilidad/disciplinamiento pero también de resistencia.

⁴ Bourdieu (citado por Giménez, 2002) dice: la posición de los individuos en un campo específico está determinado por el volumen de capital económico (dinero, bienes, propiedades, inversiones, como el tiempo, etc.). El capital social (relaciones, contactos, membresías, parentescos, etc.). El capital cultural (información, saberes, conocimiento socialmente validado, etc.). Asimismo, el capital cultural objetivado (libros, hemerografía, archivos, bases de datos, música, videos, objetos de arte, etc.), de capital cultural subjetivado (consumo, apropiación, interiorización de la cultura objetivada) y de capital cultural institucionalizado (títulos, constancias, certificados, diplomas y otras formas de acreditación institucional). El capital simbólico trata de ciertas propiedades que parecen inherentes a la persona misma del agente, como la autoridad, el reconocimiento, el prestigio, la reputación, el crédito, la fama, la notoriedad, la honorabilidad, el buen gusto, etc.

de salud. Los procesos emancipadores implican considerar las personas como sujetos-éticos capaces de construir conocimiento, dar significado, valor y sentido a la realidad.

Para llevar a cabo prácticas emancipatorias es necesario cambiar el funcionamiento del poder en las redes de intercambio de capital, y con ello corregir modificar las inscripciones corporales y corporeizaciones de los sujetos implicados. Por ello, se requiere de una Promoción de la Salud que busque la emancipación en la que se le devuelva el poder al cuerpo, para construir su propio espacio y con ello poner en duda, desnormalizar las inscripciones corporales, buscando el cambio orientado a través de las prácticas emancipatorias que guíen la utopía, es decir, por la idea, el deseo y la intención de la existencia humana.

Mostrándose que un sujeto que busca la Promoción de la Salud emancipatoria, es un sujeto íntegro al que se denomina “sujeto saludable”⁵, porque entiende su realidad, en procesos individuales y colectivos. Comparte conocimientos, compara significados, valores y prácticas en la vida cotidiana y construye conocimiento válido.

La Promoción de la salud emancipadora se da por medio del libre acceso al conocimiento, se lleva a cabo a través de la reflexión y de instrumentos para construir conocimientos de manera autónoma. Para que los sujetos sociales enfrenten los problemas identificados por ellos mismos desde el campo en el que se encuentran y no continúen en posición de subordinación.

Chapela y Cerda dicen “Además de construir conocimientos propios sin la necesidad de los expertos. Los procesos emancipadores de la Promoción de la Salud,

⁵ Según Chapela (2007a:18) Un sujeto saludable es un sujeto auto-sujetado, íntegro en sus dimensiones subjetiva y material, capaz de plasmar su salud en su cuerpo-territorio y en su entorno material, simbólico y social.

implican un proceso de reflexión sobre la situación propia y la relación con el Estado que implican el posicionarse como ciudadanos con derechos” (2010:137).

2.5 Promoción de la Salud emancipatoria como marco para problematizar

El embarazo en la adolescencia.

La maternidad es una tarea que asumen las mujeres y se encuentra connotada ante la carga de valores que la misma sociedad impone por roles y normas. Propiciando problemas en las madres adolescentes a través de un nulo reconocimiento social que las lleva a limitar sus capacidades humanas⁶ y condicionar el proyecto de vida⁷.

En general durante la aplicación de la entrevista en profundidad a las mujeres que tuvieron un hijo (a) durante la adolescencia, se observó que se les niega las posibilidades, para que logren conocimientos de manera autónoma y sean reconocidas en la vida cotidiana. Lo que torna difícil para que puedan ejercer sus capacidades humanas y lograr altos niveles de salud.

Existen problemáticas que aquejan a las jóvenes madres de manera diferente, como normas o reglas establecidas y también surgen relaciones asimétricas de poder que afectan la salud en las madres adolescentes. Como observé al aplicar el cuestionario a las madres adolescentes y que criticaré más adelante. Por ejemplo los

⁶ Las capacidades humanas, según Chapela y Jarillo (2001) son: 1) erótica que hace referencia a la motivación y apasionarse. En esta capacidad también se puede apreciar el amor en una relación de pareja. 2) sapiens o capacidad de razonamiento, juicio, memoria, raciocinio, conocimiento, síntesis, crítica, abstracción, pensamiento, reconocimiento y el análisis. 3) ludens surge por medio de imaginar, crear, soñar, hacer el infinito, lo imposible, escenarios y reglas. 4) económica la que le permite al ser humano hacer el mejor uso de sus recursos para el logro de sus proyectos. 5) política es la facultad que tiene la persona para tomar sus propias decisiones y también es de negociar. Esta capacidad se suele dar a partir de evaluar, de construir alternativas, de elaborar proyectos de vida viables y de elegir. 6) faber se suele dar por medio del trabajo y la transformación de la realidad y se refiere a la capacidad de hacer.

⁷ Para este trabajo defino el proyecto de vida como el que genera opciones viables o condicionadas a las aspiraciones de los planes a futuro.

trabajadores del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» diseñaron la investigación y subordinaron a las mujeres con las que “dialogaron” a través de impedirles que comentarán sus propios argumentos, puesto que las preguntas del cuestionario contenían respuestas muy cerradas.

Quedó fuera del análisis de ese cuestionario la interpretación de los problemas de salud de las mujeres. Los cuales se pueden dar por la limitación de sus capacidades humanas⁸ y tornan en bajos niveles de salud⁹.

Es decir, el cuestionario y la investigación que se crítica no consiguió comprender que en las jóvenes madres se generan problemas de salud debido a que se les ha impedido ejercer control sobre su cuerpo¹⁰ y del medio en el que se encuentran. Lo que evita que tomen sus propias decisiones acerca de lo que quieren y desean. Por la falta de una autonomía basada en el respeto al otro, la escucha y la autodeterminación de cada uno.

Por ello, insisto analizar cualitativamente la maternidad en la adolescencia y la perspectiva emancipatoria nos puede revelar interesantes hallazgos.

⁸ Para este trabajo defino que las capacidades humanas son las que aportan algo entre si mismas para el desarrollo de opciones para conseguir planes a futuro en los sujetos que les permitan elegir y realizar acciones. Desde mi propia perspectiva categorizo a la capacidades humanas de la manera siguiente: a) Promovidas cuando las capacidades humanas son desarrolladas o ejercidas para llevar a cabo un proyecto de vida de las aspiraciones a futuro. b) Limitadas cuando las capacidades no se desarrollan ni se ejercen y se interrumpe el proyecto de vida de las aspiraciones de los planes a futuro.

⁹ Para este trabajo defino que los niveles de salud pueden ser altos o bajos y depende del ejercicio de las capacidades humanas a las aspiraciones de los planes a futuro.

¹⁰ En este trabajo defino el cuerpo como el medio material que poseen los sujetos para el intercambio de capital en los diversos escenarios donde se encuentran. El cuerpo está investido de poder y atravesado por las relaciones de poder a través de las formas de subordinación.

2.6 Promoción de la Salud emancipatoria como marco para proponer acciones o intervenciones

Los promotores de salud investigamos para comprender los fenómenos sociales y argumento que las madres adolescentes pueden mejorar, construir su salud a través de utilizar cada una de sus capacidades humanas de manera individual y colectiva. Esto, a su vez, se puede dar cuando se crean las condiciones adecuadas y estas mujeres son tomadas en cuenta como sujetos éticos.

Considero que las prácticas emancipatorias, pueden acompañar a las mujeres madres adolescentes a conseguir altos niveles de salud, a través de reflexionar e imaginar las problemáticas que las aqueja en la vida cotidiana y así obtengan un proyecto de vida que no sea condicionado a futuro de manera individual o colectiva.

Las jóvenes madres pueden ejercer control de su cuerpo y de su medio de forma activa. A través de llevar a cabo la Promoción de la Salud emancipadora que busque cambiar las formas de poder que afectan la vida de las madres adolescentes y se puede lograr a través del juego de capitales¹¹ e intercambio de los mismos.

Se pueden generar las condiciones adecuadas a través de que las madres adolescentes reconozcan que es lo que está afectando su salud. A partir de que ellas mismas vean las problemáticas en las que se encuentran en determinados contextos. Ya que existen normas, roles y relaciones de poder dentro de los campos en los que se encuentran.

¹¹ Como ya apunte, el sociólogo Pierre Bourdieu (1990) define a los capitales de la siguiente manera: son los bienes materiales o simbólicos que poseen los agentes y que se pueden utilizar como recursos en el juego de reproducción de significados.

Es conveniente imaginar acciones que permitan a las mujeres ejercer cada una de sus capacidades humanas, generando un cambio en formas de relaciones de poder que tienden a condicionar el proyecto de vida. Para que se dé el cambio debe existir una Promoción de la Salud emancipadora en la que las propias mujeres recuperen autonomía. La autonomía tiene que estar basada en la escucha y respeto al otro. Es decir, cuando muestran lo que les interesa y ejercen control sobre sus propios cuerpos.

El cambio se puede dar cuando los diferentes espacios y las instituciones de salud se apropian de nuevas prácticas tanto metodológicas como emancipatorias que les permitan ver de manera holística los problemas de salud que aquejan a las mujeres madres adolescentes. Para acompañar a esas mujeres a transformar los diversos campos a través de la reflexión y el diálogo en lo individual y colectivo.

2.7 Conceptos claves para reflexionar sobre problemas de salud en el embarazo de las adolescentes

A continuación abordaré los conceptos claves con los que analicé el problema de salud de las madres adolescentes.

2.7.1 Adolescencia

De acuerdo con la definición operativa de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006¹², el grupo de adolescentes en México corresponde a la población de 10 a 19 años de edad.

¹² ENSANUT, www.insp.mx/ensanut/cuestionarios/adolescentes.pdf (consultada el 10 de octubre de 2010).

La OMS, define a la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la juventud que se ubica entre los 10 y 19 años de edad; considera dos fases: la adolescencia temprana, de 12 a 14 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años.

Por un lado, Karina Calderón (2008) propone entender que la adolescencia es una etapa de desarrollo del ser humano donde experimenta cambios biológicos, psicológicos y sociales que se reflejan en su conducta, su pensamiento y su manera de relacionarse socialmente donde se identifica a la sexualidad como el medio en que los adolescentes se desarrollan y se apropian de cambios fisiológicos que su cuerpo experimenta.

En una perspectiva más bien biologicista, Laura Kait (2008) menciona que la adolescencia se da desde lo biológico y se produce la maduración sexual, que lleva a las mujeres a la menarca (primera menstruación) y en los hombres inicia la producción de espermatozoides.

Según la psicología, la adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la adultez, la cual presenta múltiples facetas; comienza biológicamente con la pubertad y acaba con el acceso a la condición de adulto, lo que significa que se adquiere una identidad propia, una autonomía, un modo diferente de vivir la sexualidad, la adquisición de un bagaje social, laboral y educativo (Amar, José J. et al., 2005).

Las tres madres adolescentes entrevistadas, argumentaron que tras encontrarse embarazadas ocurrieron cambios biológicos en sus cuerpos y que se sorprendieron al principio. Sin embargo, tras ser madres en la etapa vital de la adolescencia, se dieron cuenta que existe desigualdad no sólo por la maternidad sino por pertenecer al género femenino en los diversos escenarios donde se encuentran.

Desde mi perspectiva, propongo definir que la adolescencia es una construcción histórico/social que responde más allá de cambios biológicos y psicológicos. Detrás del concepto de adolescencia existe una subjetividad que se da simbólicamente en las personas. La adolescencia hace referencia a un proceso en el que se adquieren experiencias y roles a partir de prácticas que se determinan en una sociedad.

Concluyo que la adolescencia es una dimensión que nos remite más allá de lo que tiene que ver con los cambios biológicos y psicológicos de acuerdo con lo que exponen los autores anteriores. Es cierto, que a partir de estos cambios se juega cierta vulnerabilidad social en las y los adolescentes. Son las mismas sociedades quienes constituyen, desarrollan, institucionalizan, legitiman, influyen y reproducen las características de la adolescencia. Impidiendo que se vean los contextos en que surge la adolescencia e influye para que los y las adolescentes tengan condicionados los proyectos de vida.

2.7.2 Embarazo adolescente

El embarazo en mujeres adolescentes en México se ha mantenido alrededor del 18% del total de las mujeres de esa edad, desde el año 1990 al 2008, según estadísticas del INEGI¹³. La distribución por entidad federativa, podemos apreciar que el estado que tuvo más embarazos en mujeres adolescentes durante el 2008, fue Chihuahua con 22.8 % y el Distrito Federal fue donde se presentaron en menor cantidad de 15.3%, según estadísticas del mismo instituto¹⁴.

¹³ INEGI, www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo29&s=17527 (consultada el 10 de octubre de 2010).

¹⁴ INEGI, www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo29&s=17528 (consultada el 10 de octubre de 2010).

Oscar Valladares (2006) define el embarazo adolescente como el estado de la mujer con el embrión en desarrollo en su cuerpo; fecundación del óvulo hasta el nacimiento.

Por su parte Mirna Violeta Coutiño (2008) define el embarazo adolescente como: el que ocurre dentro de los primeros años de edad ginecológica, entendiéndose por tal el tiempo transcurrido desde la primera menarca y la reproducción.

Chapela y Cerda dicen “la concepción y el embarazo son vistos como inscripciones en la madre de las acciones e intenciones que constituyen en la experiencia del padre y de la madre biológicos en sus respectivos campos y en el pequeño campo que construyen en relación previa a la concepción...” (2010:102).

Lo que exponen las tres jóvenes madres entrevistadas en este trabajo es que al ser madres durante la adolescencia las llevó a mirar más allá de los cambios en sus cuerpos durante la maternidad, pues vieron entrelazados varios aspectos de la realidad como: lo económico, la discriminación, lo cultural, el contexto social, etcétera. Las tres entrevistadas sentían cierta emoción al tener a sus bebés. Sin embargo, las relaciones de poder que se ejercieron sobre ellas, impidieron que tuvieran motivaciones y expectativas que les permitieran desarrollarse como madres. El escenario en el que se construye a las jóvenes madres puede diferir según las realidades en que se encuentren, ya que durante el embarazo pueden surgir modificaciones en los diversos campos donde se desenvuelven.

Como consecuencia de las conversaciones con las jóvenes y la revisión bibliográfica. Defino que el embarazo adolescente es algo muy complejo, no sólo abarca lo reproductivo, la fecundidad, la sexualidad y las diversas consecuencias corporales biológicas sino que el embarazo adolescente requiere ser ubicado y

comprendido dentro de los procesos sociales y culturales que ocurren desde las propias experiencias que están determinadas por los contextos históricos-sociales.

A partir de la disciplina de la Promoción de la Salud concluyo que la maternidad en las mujeres no sólo es marcada desde lo biológico sino que las formas de dominación las invisibilizan a través de normas y roles. Surgiendo así, un proyecto de vida condicionado. Al negarles la oportunidad para desarrollarse en la vida cotidiana en lo económico, laboral y escolar.

2.7.3 Relaciones familiares

Es conveniente hablar de las relaciones familiares en esta tesis, porque considero que esta categoría requiere de una visión analítica ya que acontece desde el orden familiar. A lo largo del tiempo han surgido cambios en lo político, económico, social, tecnológico, ideológico, educativo, filosófico y cultural. Actualmente las relaciones familiares, se encuentran dirigidas desde la diversidad de entender a las familias. El término no es estático, porque se han construido familias como: homosexuales, monoparentales, compuestas, transnacionales, etcétera. De ahí la importancia de diferentes posturas que expliquen que los seres humanos no siempre han vivido en una familia considerada institución ni que han asumido a la sexualidad como se hace actualmente sino que es a partir de la historia de la sexualidad que se puede identificar el lugar del poder y de la represión no sólo en la creciente “naturalización” de las relaciones heterosexuales, sino también en las relaciones establecidas entre los diversos géneros. Este poder y esta represión han tenido históricamente un valioso aliado en el discurso “científico” que quiere legitimar una sola

sexualidad como “válida”, y un género como “dominante” por encima del otro. (Michel Foucault, 1987).

Diego Ruíz (2004) describe que el embarazo desde lo tradicional era un momento privilegiado en las relaciones de pareja para construir una familia considerada como institución, conformada por vínculos preestablecidos por la figura paterna, materna e hijos (as). Surgiendo así, la familia “monoparental”, que se ubica dentro de las familias contemporáneas y se encuentra articulada a nuevos tipos de familias, que se definen como familias con un solo progenitor, es decir, tanto hombres como mujeres pueden ser la cabeza en la familia y son diversas las causas por las cuales se ha dado origen a esta nueva familia. Una familia monoparental puede constituirse por: madre separada o divorciada; viuda; fallecimiento de un progenitor; adopción por personas solteras, por la ausencia prolongada de un progenitor y por ser madre soltera desde una realidad y desde el contexto diferente dentro de una determinada sociedad.

Las familias “compuestas” son aquellas de gran expansión en cuanto a la ley del divorcio ha permitido la ruptura matrimonial legal, ampliando la posibilidad de segundas uniones. Estas nuevas familias se caracterizan por formarse de al menos un ámbito familiar anterior. En las familias compuestas simples existe una familia anterior y las compuestas dobles en las que existe la unión de dos núcleos. En estas familias existen varias combinaciones a partir de personas solteras con divorciadas y/o viudas, o entre divorciadas, o entre viudas, o viudas con divorciadas y se da la complejidad de estas familias porque pueden aportar uno o dos hijos (as) que conviven con los hijos (as) de la pareja actual, incluso puede ser que sea una tercera unión. (Ruíz, 2004).

También existen las familias “transnacionales” generadas por la migración a nivel mundial. Estas pueden ser expresadas a partir del sistema internacional ya que surgen

de movimientos, corrientes y tendencias migratorias, etcétera. Se caracterizan por un contexto social, cultural, económico y político. Donde los inmigrantes son pensados como transnacionales, porque mantienen conexiones múltiples con sus países y familias de origen. Utilizando tecnologías modernas de la comunicación como: teléfonos, correo electrónico, envíos de dinero y otros bienes. Las modalidades de migración han cambiado también, en el pasado se mostraba que era el hombre quien inmigraba y, una vez que se establecía se reunía con su esposa e hijos (as) en el nuevo país. Actualmente esto ha cambiado, hoy en día emigran las mujeres solas, dejan a sus hijos (as) en su país de origen y se reúnen con ellos años después. (Raúl Sánchez. et. al 2009).

Dentro de la diversidad de formas encontramos a las familias “homosexuales”, las cuales se encuentran más visibles y comunes en el mundo contemporáneo. Estas familias son reconocidas legalmente en nuestra sociedad. (Raúl Sánchez. et. al 2009).

Ahora se mostrará como son las características (capital social) de las familias en las tres entrevistadas y de acuerdo a las tablas de análisis (Ver anexo 5). A continuación se muestran las tres entrevistas (E1, E2 y E3) de madres adolescentes:

La familia en la (E1), el capital social se dio a través del apoyo de su papá, su mamá, su hermana etc. Los cuales le brindaron los cuidados necesarios en lo económico y lo emocional. Antes y después de haber tenido a su bebé. Sin embargo, la familia que ella ha formado esta dada por ella y su hija a partir de ser madre soltera.

En cambio, la familia en la (E2), el capital social fue más bien poco, el papá y hermano, la discriminaron cuando supieron de su embarazo. Siendo la (E2), también madre soltera.

En la (E3), el capital social se transformó en diferentes momentos, pues muestra a la familia desde la figura de mamá, papá y hermanas. Los cuales discriminaron a la entrevistada y posteriormente la apoyaron cuando se encontraba ella al final del embarazo. La familia de esta tercera entrevistada esta formada por ella misma, su pareja hombre y 2 hijas.

De acuerdo a las tres entrevistas pude notar que no siempre se tiene una familia desde lo tradicional formada por un papá “proveedor económico”, por una mamá “encargada de lo doméstico” y del cuidado de los hijos (as) sino que hay familias contemporáneas, a partir de ser madres solteras o en donde sólo uno de los padres apoya en la familia. Además surgen controversias en las familias cuando las jóvenes madres son criticadas, humilladas y discriminadas. Los roles de la maternidad influyen para que no sean tomadas en cuenta, ya que dentro de las familias se pueden dar formas de dominación y una es en lo económico. En la (E1), las relaciones de poder son ejercidas por los papás de la madre adolescente, recibe todo económicamente y se hicieron cargo de todos los gastos de su embarazo y de su hija. El proyecto de (E2), se ve condicionado por las relaciones de poder que ejerce el papá de la madre adolescente, es quien la ha apoyado en lo que puede. En la (E3), lo ejercieron los papás, pues dependió económicamente de ellos cuando se encontraba embarazada.

En una la familia se puede dar por ejemplo que las jóvenes madres solteras funjan no sólo como cuidadoras/criadoras sino como sostenedoras de los hijos (as), en donde esté acontecimiento las marca por la dominación que se ejercen desde el ámbito familiar en el que se encuentran, se limitan sus niveles de salud y se propician problemas de salud.

Sin embargo, ellas han aprendido que a partir de la maternidad pueden ser buenas madres en donde no necesariamente se tiene una familia tradicional o contemporánea sino que las familias surgen desde un contexto determinado por una sociedad y se relaciona con la diversidad genérica en los humanos.

Por lo anterior defino que las relaciones familiares son una construcción social sometida e influenciada a lo largo de la historia con rasgos que se han modificado de la familia tradicional a la contemporánea. Donde existen diversas formas de entender a las familias, las cuales surgen por cambios culturales a través de valores, hábitos y por medio de conductas formadas dentro de una sociedad.

Concluyo que las familias están determinadas por cambios por roles que se asocian con lo paterno/materno. Surgiendo una familia contemporánea y no es llamada institución como en lo tradicional sino que es una red de relaciones en la que se mezclan las nuevas formas de familias. Existe un esquema de familia a lo largo de la historia que surge de una nueva interpretación y se da porque la sociedad la legitima. Se genera de las experiencias que viven las personas en lo individual y lo colectivo a través de la libertad de sus derechos.

En la Promoción de la Salud se puede ver que las personas pueden formar familias contemporáneas de manera autónoma. Donde ellas mismas decidan la manera de familia que desean tener, a través de ejercer cada una de sus capacidades humanas. En las jóvenes madres se puede ver que se les ha impedido ejercer sus capacidades humanas dentro del ámbito familiar, lo que ha condicionando el proyecto de vida.

2.7.4 Relaciones de pareja

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del 2006, de cada 100 mujeres de 15 años y más, 67 han padecido algún incidente de violencia ya sea por parte de su pareja o de otras personas en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar. La violencia más frecuente es la ejercida por el actual o último esposo o compañero, declarada por 43.2% de las mujeres y 39.7% enfrentó algún tipo de violencia en la comunidad¹⁵.

Antes de comenzar esta categoría quiero decir que las relaciones de pareja surgen a través del género masculino y femenino. Es decir, las relaciones de pareja se dan a través de una construcción social y cultural desde el carácter corporal, en donde ser hombre o mujer opera a partir de una construcción social, ya que los seres humanos forman identidades propias, pues nacen con un determinado sexo desde lo biológico, pero se construyen a través de la realidad en la que se encuentran como hombres o mujeres en los diversos campos.

Las relaciones de pareja actualmente son consideradas desde criterios de diversidad ya que hay muchas maneras de construir relaciones de pareja de manera no estática como: heterosexuales, bisexuales, homosexuales etc. Sin embargo, para esta categoría pretendo explicar e identificar la realidad en los diversos contextos de las madres adolescentes. Ya que las relaciones de pareja permiten dimensionar a los hombres y las mujeres, considerando que el género se ha plasmado históricamente en

¹⁵ Utilicé estos datos que son los más actuales y se encuentran disponibles en: ENDIREH, www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/contenidos/estadisticas/2010/mujer10.asp?s=inegi&c=2753&ep=29 (consultada el 10 de octubre de 2010).

forma de dominación masculina y sujeción femenina. En general la sociedad y el género son parte de una relación sociocultural.

Ángeles Sánchez menciona que la relación se da entre hombres y mujeres bajo un esquema que va de lo tradicional a lo contemporáneo en donde están presentes la procreación, la crianza, la familia y la pareja. La “distribución tradicional de los roles genéricos y su representación: el hombre aparecía como proveedor económico y autoridad, mientras que la mujer se concebía como responsable de los hijos (as) y del hogar” (2003:17).

Los roles entre lo masculino y lo femenino se dan dentro de una jerarquización en la sociedad, es decir, que existe una asimetría entre los géneros. Las sociedades enseñan y esperan conductas diferentes en las personas. Es decir, las sociedades influyen para que lo masculino sea el proveedor, sostenedor económico, quien tiene el poder. De igual manera, la sociedad espera que una mujer madre adolescente dependa de su pareja desde la esfera doméstica y en la crianza de los hijos (as).

La sociedad reconoce/concede mayor poder a los varones que a las mujeres, es claro que a los hombres se les ha delegado poder para dominar y a subordinar a las mujeres. Es aceptado en algunos ámbitos que la mujer tenga un proyecto vital más allá del matrimonio y de la reproducción. Aunque no es común que la mujer luche por ser reconocida desde lo materno y lo doméstico para integrar su proyecto de vida.

María Eugenia Fuentes describe que la relación en la pareja se da tras una serie “efectos traumáticos en el embarazo no deseado en la adolescente, esto dependerá de su personalidad y madurez, de algunas patologías previas, de su condición biológica, social, su edad, y significados de este hijo para ella y el poder de una pareja” (1998:25). Puedo decir que en los diferentes discursos se asume que el que tiene el poder la

mayoría de las veces es el hombre, el cual condiciona poco a poco el proyecto de vida en una mujer al negarle ser ella misma.

Actualmente ya existe una transformación en las relaciones de pareja. En lo femenino se han creado nuevas formas de expresión de identidades propias. Las mujeres aparecen ejerciendo el poder y no son dependientes del otro, es decir, rompen con los mitos que dicen que el hombre es el proveedor de la casa. Aunque al insertarse en lo laboral suelen tener doble jornada laboral y realizan un trabajo extradoméstico.

En una relación pareja no siempre se da a partir de lo tradicional en donde el hombre es quien suele sostener económicamente y tiene el control sino lo femenino suele ganar terreno a través de ir adquiriendo reconocimiento no sólo por ser madre sino por tomar el control en sus aspiraciones de vida desde lo cultural, lo económico, laboral, etcétera.

Al analizar los datos de campo, observé como son las relaciones de pareja en las tres entrevistas de las madres adolescentes (Ver anexo 5).

En la (E1), la relación con su pareja se dio a través infidelidad, por las agresiones a través de maltratos, insultos y hasta intento de violencia física. Además la mujer de la E1 no recibió el apoyo económico por parte de su pareja, sin embargo, cuenta con los conocimientos necesarios para ser mamá independiente a partir de solventar sus propios gastos, por lo que ha podido desarrollarse como mujer y como madre soltera.

En la (E2), la relación con su pareja no pudo llevarse a cabo, fue rechazada cuando supo estaba embarazada, por lo que él se aleja y la deja sola con todas las complicaciones y la discriminación desde los diversos escenarios. Sin embargo, ella cuenta con los conocimientos para sobrevivir como madre al lado de su hijo.

La (E3), tiene una buena relación con su pareja, la ha apoyado desde el principio en los cuidados de sus dos hijas. Sin embargo, ella se preocupa por no tener economía. En la (E3), tanto ella como su pareja han aprendido nuevos conocimientos para ser padres a través de convivir con cada una de sus hijas.

En las entrevistas (1 y 2) se puede notar que no siempre se cuenta con una relación en pareja con la figura materna, paterna e hijo (as), sino que las relaciones de pareja cambiaron a partir de volverse madres.

Dentro de las relaciones de pareja se dan las relaciones de poder, en la (E1), fue ejercida por su pareja por los maltratos físicos, verbales y hasta infidelidades. Por lo que regresó a casa de sus papás. En la (E2), la relación de poder fue ejercida por su pareja cuando negó apoyarla cuando se enteró de su embarazo. En la (E3), de alguna manera hay una relación de poder que ejerce su pareja porque es el sostenedor de la casa y quien aporta todo el capital económico. Sin embargo, no parece haber una relación de opresión.

Propongo definir que las relaciones de pareja son un proceso en construcción que se dan de manera asimétrica. Muestran diferencias significativas entre los roles de género en lo femenino y masculino. Existen cambios por aspectos culturales basados en la adquisición de nuevas conductas determinadas por un contexto histórico-social a través de las diversas aspiraciones de vida que tienen los sujetos.

A partir de estos discursos puedo concluir que las relaciones de pareja surgen por los roles de género a partir de los diferentes contextos de la realidad. En donde se dan constructos culturales que han generado diferencias entre lo femenino y lo masculino. Ya que desde lo tradicional se puede ver la “dominación” asignada a las mujeres (a través de lo doméstico y la maternidad) ejercida por los varones a los

cuales se les han otorgado el rol de “proveedores económicos”. A través de esto se da la subordinación que se plasma en las formas de la desigualdad en lo social, económico, político, cultural y social.

Ahora puedo ver la historia de jóvenes madres a través de sus voces en las entrevistas, las cuales defienden su igualdad ante los hombres. Desde Promoción de la Salud las madres jóvenes pueden tomar el poder sobre sus cuerpos para ver aspectos de su realidad, ya que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural que se ha plasmado históricamente. Lo cual ha impedido que se generen vínculos de interdependencia y de solidaridad entre los géneros. Esto se plasma en los problemas de salud.

2.7.5 Relaciones escolares

En México, en el año 2009, el analfabetismo es mayor entre la población femenina de 15 años en relación a la masculina. Mientras que de cada 100 mujeres, 8 no saben leer ni escribir, para los hombres la proporción es de 5 por cada 100 hombres. Chiapas tiene el porcentaje más alto de mujeres analfabetas con 21.8%, y la mayor distancia porcentual por sexo, al registrar los hombres 12.6 por ciento. Más hombres que mujeres ingresan a la educación de tipo medio superior inmediatamente después de concluir la secundaria; siendo la brecha porcentual de 6.5 puntos¹⁶.

Para Soledad Vicario las relaciones educativas se ven afectadas en la formación de las madres adolescentes, se ve disminuida la formación ya que se pueden ver los

¹⁶ Utilicé estos datos que son los más actuales y se encuentran disponibles en: ENDIREH, www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/contenidos/estadisticas/2010/mujer10.asp?s=inegi&c=2753&ep=29 (consultada el 10 de octubre de 2010).

problemas escolares como “el abandono de los estudios y el menor rendimiento académico interfiere seriamente en el proceso de formación” (2010:28). Las mujeres son discriminadas al encontrarse embarazadas, por reglas, normas y jerarquías educativas a través impedir tomar el poder en sus cuerpos dentro de las instancias escolares.

De acuerdo análisis de resultados del trabajo de campo (ver anexo 5) en las tres entrevistas madres adolescentes se dimensionaron las características de las relaciones escolares:

En la (E1), se puede ver que las relaciones escolares se vieron afectadas no por encontrarse embarazada en la adolescencia sino porque su pareja la controlaba a través de los celos a sus compañeros de la escuela.

En la (E2) y (E3), las relaciones escolares se vieron afectadas no por estar embarazadas en la adolescencia sino por el bajo capital económico. Además, de que existieron insultos por sus compañeros y la discriminación.

Las tres mujeres entrevistadas aprendieron saberes al ser madres durante la adolescencia por las experiencias que han ido forjando a través de todo este tiempo; por lo que han ganado capital cultural a través de la adquisición de nuevos conocimientos al desarrollarse y sobrevivir como madres durante la adolescencia.

Es común que las mujeres madres adolescentes dejen sus estudios por encontrarse embarazadas y por la dominación que existe en el ámbito educativo. Lo que les impide lograr sus objetivos como estudiantes.

En las tres entrevistas se pueden notar las relaciones de poder, en la (E1), la ejerció su pareja, pues nunca la dejó ser libre, ya que le prohibía relacionarse en el

ámbito escolar. En cuanto a la (E2) y la (E3) las instituciones de educación no intervinieron para impedir insultos y agresiones, por transgredir las normas.

Las instituciones educativas olvidan que una mujer embarazada en la adolescencia responde a un contexto determinado a través de lo económico, social y lo cultural. Por lo que surgen inequidades en el ámbito escolar a través de la subordinación por condición del género femenino.

Defino que las relaciones escolares son prácticas que se encuentran reguladas por normas y a las mujeres que se embarazan durante la adolescencia les niegan la posibilidad para ser reconocidas como estudiantes y madres. Por prejuicios que se reproducen culturalmente en el ámbito escolar. Desaprobando a las mujeres estudiantes ante el acontecimiento de la maternidad. Esto genera daño a la integridad física, mental y emocional. Lo que ha impedido que puedan continuar estudiando posteriormente.

Concluyo que en las relaciones escolares existe dominación hacia las mujeres embarazadas, como parte de normas que se reproducen en lo escolar. En la Promoción de la Salud a las mujeres se les ve desde la maternidad y son cargadas de prejuicios desde la sexualidad. Existe una desigualdad de oportunidades en las institucionales educativas al no valorarlas. En las relaciones escolares se articulan características marcadas por la subordinación en lo social y cultural de las jóvenes madres.

2.7.6 Relaciones laborales:

De las mujeres que trabajaron en México durante 2005, el 29.9% sufrió algún tipo de violencia y discriminación. En el 2009, de los 41.4 millones de mujeres de 14 y más

años, 62.3% realizaron trabajo no remunerado, mientras que de los 37.3 millones de hombres, 26.5% desempeñó dicho trabajo¹⁷.

Soledad Vicario comenta que en una madre adolescente “no hay experiencia laboral, lo que hace más difícil que encuentre un trabajo o si lo consigue este sea mal remunerado” (2010:28). A las mujeres no sólo se les condiciona por la falta de experiencia sino por la discriminación al no cumplir con las normas laborales y se les niega la oportunidad de ingresar al mercado laboral, por lo que el embarazo es impresión de esto.

Sin embargo, las relaciones laborales se reproducen en un contexto sociocultural en donde hay ciertos cambios sociales que se expresan, a partir de una serie de transformaciones en los diversos campos sociales. En donde se reflejan una serie de contradicciones a partir de la reproducción de la cultura. Existen costumbres, normas, formas de pensar, y prácticas cotidianas que condicionan a las jóvenes madres por medio de la discriminación por género y la edad. En lo tradicional al embarazarse una mujer abandona su empleo por reglas laborales y para cumplir el nuevo rol social de madre y esposa. Por lo que no logra ejercer sus capacidades humanas, ya que pierde su independencia ante el despido de sus jefes inmediatos, tiende a depender económicamente de su pareja y se generan problemas de salud en la mujer.

Aunque actualmente la mujer puede participar en el ámbito laboral las relaciones de poder impiden que puedan ingresar. De esta manera, la mujer configura el nuevo papel en la sociedad, sin embargo la subordinación de la mujer sigue estando de manera sutil, es decir, no se ve, pues se “normaliza”. Este fenómeno demuestra que

¹⁷ Utilicé estos datos que son los más actuales y se encuentran disponibles en: ENDIREH, www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/contenidos/estadisticas/2010/mujer10.asp?s=inegi&c=2753&ep=29 (consultada el 10 de octubre de 2010).

aunque se dan cambios en las prácticas de géneros, se reproducen esquemas tradicionales que mantienen aparentemente actividades identificadas para las mujeres. Hay nuevas formas de identidad femenina a través de su participación en el mercado de trabajo, pero el hombre no deja de dominarla desde lo tradicional por medio proveer el aspecto económico.

En el análisis de las tres entrevistas se dimensionaron las relaciones laborales (Ver anexo 5). A continuación se describen cada una de las entrevistas a madres adolescentes:

En la (E1), las relaciones laborales han estado limitadas su condición genérica y su edad, ya que solo se ha insertado en trabajos eventuales. La falta de oportunidades ha limitado cada una de sus capacidades humanas, debido a que a los empleadores no les interesan los conocimientos que tienen las personas, sino que se basan en documentos que respalden su nivel educativo y su edad. Hay ciertas políticas, ideales, estereotipos sociales, por lo que la entrevistada no consigue “créditos”.

En la (E2), las relaciones laborales están marcadas por la falta de oportunidades y por no tener otras opciones para desempeñarse. Ella es explotada y se le discrimina por no contar con los estudios adecuados para laborar. Además de su condición femenina y ser madre soltera. En la (E3), no tuvo un reconocimiento al trabajo que realizaba y fue discriminada. Por su escasa escolaridad y por no conocer las leyes laborales al ser menor de edad.

En las tres entrevistas se observaron las relaciones de poder, en la (E1), las relaciones de poder son ejercidas por los dueños de los medios de producción y las políticas de las mismas empresas tienen el poder para contratar de forma eventual o de base. También el poder lo ejercen los del área de recursos humanos, quienes buscan al

personal idóneo y con ciertas características que convengan. Contratan al personal desde su perspectiva para laborar y dependiendo de los estudios con que cuentan.

En cuanto a la (E2), las relaciones de poder son ejercidas por los dueños de la tienda en donde labora, pues de ellos son los que tienen el capital económico. Son quienes deciden el tipo de actividades laborales y el salario.

En la (E3), el poder lo ejercieron los dueños de la tintorería pues existían ciertas reglas como: el horario de trabajo, el salario de los trabajadores, etcétera.

Desde mi análisis, el embarazo no es una limitante para poder desempeñar una determinada labor, ya que tienen que ver con las relaciones de poder que se ejercen sobre ellas, por el género femenino y ser menores de edad. Aunque actualmente se dice que la mujer ha modificado sus actividades de lo doméstico a lo laboral. Sin embargo, en las jóvenes madres hay cierta dominación que les ha impedido ganar capital económico para satisfacer sus necesidades básicas y las de sus hijos (as). A través de empleos temporales o donde se les explota por medio de exceso de trabajo mal pagado por los dueños de los medios de producción.

Las relaciones laborales son condiciones que se establecen de manera asimétrica entre trabajadores (as) y patrones. A partir de recursos económicos impuestos por los dueños para producir. En un contexto histórico-social caracterizado por la dominación a través de normas, reglas, formas contratos en lo femenino y lo masculino. Surgiendo explotación por exceso de trabajo, salarios mal remunerados y al no tomar en cuenta las experiencias ni el conocimiento de las personas.

Concluyo que en las jóvenes madres se da una desigualdad al no tener un empleo digno con todos sus derechos, aunado a inserciones laborales temporales, con rotación de trabajo y generando el desempleo. Ya que las condiciones de trabajo son

determinadas por los patrones, estableciendo normas donde los salarios son mal remunerados, hay rangos de edad para contratar y los contratos son eventuales. De esta forma puedo decir, que aunque actualmente algunas mujeres ya se insertan en el mercado laboral, el salario tiende a ser desigual entre el género femenino y masculino. Los trabajos que se ofrecen a las mujeres son de tareas de reproducción social femenina y se genera una crisis económica como parte del manejo cotidiano.

En la Promoción de la Salud se puede ver que el proyecto de vida en las jóvenes madres no está condicionado sólo por estar embarazadas sino por las relaciones de poder que se ejercen sobre ellas en el escenario laboral, limitando sus capacidades humanas al no contratarlas por ser mujeres. Para entender la dominación en las madres adolescentes es necesario examinar que el poder que existe en nuestra sociedad es un sistema jerárquico, explotador y subordinador.

2.7.7 Relaciones en el Hospital

a) Médicas

En el ámbito médico existe una relación asimétrica entre “médico-paciente”, el médico domina al paciente a través de un lenguaje incomprensible. Chapela dice “se cuestionan las relaciones de subordinación y el ejercicio de poder por parte de los agentes de salud a través del discurso y uso privilegiado de los conocimientos y lenguajes especializados” (2007a:14).

A continuación se describe el análisis a las entrevistas madres adolescentes sobre las relaciones médicas en el Hospital (Ver anexo 5).

En la (E1), las relaciones médicas se dieron al ponerla a caminar cuando tenía los dolores y la revisaron a través del tacto. Por lo que le realizaron una cesárea, pues se le habían pasado los dolores y por no conocer los términos médicos, además de que la infantilizaron al llamarla “hija”. Esto surgió por la discriminación, por las relaciones de poder y porque se evita que los sujetos tomen sus propias decisiones.

Las relaciones médicas en la (E2), se dieron a través de la discriminación tras encontrarse en trabajo de parto cuando un médico le decía “pújele, pújele, este porque sino no llega, no llega el bebé.... Y las enfermeras pues nomas... se quedaban escuchando y se reían...”. Además, no entendió el lenguaje técnico que utilizan los médicos.

En la (E3), las relaciones médicas se dieron por la discriminación cuando le negaron la atención en el primer hospital. Luego, en el segundo hospital consideraron ponerla a caminar cuando tenía muy fuertes los dolores de parto. Le realizaron la dilatación a través del tacto y no entendió el vocablo médico.

Las relaciones médicas se dimensionaron en las tres entrevistas a través del control de sus cuerpos al ser madres adolescentes. Considero que una institución médica está investida de conocimientos inaccesibles para las jóvenes madres. Estas son algunas formas de dominación médicas, que favorecen al individualismo y al control del cuerpo femenino. Al respecto Chapela y Cerda dicen “la institución médica ha sido instrumental al control de la resistencia a la conquista, entre otras cosas, en la medida en que ha logrado profundizar el distanciamiento cuerpo-persona...” (2010:111).

Las relaciones de poder en las entrevistas se describen de la manera siguiente: en la (E1), las ejercieron los médicos, pues la dominaron a través de sus conocimientos y los saberes en el momento del parto. En segundo lugar ellos ejercen autoridad sobre

las enfermeras, pues también tienen poder por los conocimientos con los que cuentan y pueden decidir sobre los pacientes. Además tienen saberes para diagnosticar ciertos eventos en las jóvenes madres.

En cuanto a la (E2), el poder lo tenían los médicos, las enfermeras y las autoridades correspondientes del hospital, pues tienen los conocimientos para atender a las mujeres que van a tener un hijo (a) y en la (E3), el poder lo ejercieron los médicos porque tienen los conocimientos y son los especialistas en el área de mujeres embarazadas, también lo ejercen en segundo término las enfermeras ya que se encargan de ayudar a los médicos. Chapela comenta, que “una agencia protagonista para la acción cultural hegemónica es la institución médica que domina el campo de la salud. En donde este dominio es posible ya que las prácticas médicas envuelven de forma directa al cuerpo físico y a la subjetividad de las personas que exponen su cuerpo a la acción médica” (2007a:13).

Se puede notar desde la Promoción de la Salud que a las madres adolescentes son tratadas sólo como “pacientes” a las que tienen que atender, olvidando que son personas humanas con integridad y dignidad. No toman en cuenta sus emociones, sus sentimientos y mucho menos el contexto en el que viven. La atención fue a través de mandarlas a caminar para ser valoradas a través del tacto. Además no existió una interacción entre el médico y las madres jóvenes. Son ellas mismas quienes conocen sus propios sentimientos y el médico sabe los procesos por los que pasa una mujer embarazada.

Las relaciones médicas son aquellas que surgen de manera asimétrica, es decir, donde el cuerpo de las madres adolescentes es visto sólo como objeto a través del sometimiento por quienes integran al personal de salud (médicos, enfermeras,

camilleros, anesthesiólogos, etcétera.). Ellos toman el control sobre los cuerpos de las mujeres. Esto es, porque tienen los conocimientos para intervenir, pero no toman en cuenta los sufrimientos surgidos durante parto.

Concluyo que las instituciones de salud impiden que las madres adolescentes tomen control sobre su cuerpo y decidan sobre el tipo de parto. Siendo discriminadas por ser menores de edad, por no conocer los términos que utilizan las personas de salud. Se puede notar la limitación de sus capacidades humanas al no darles la oportunidad para decidir y al tratarlas como ignorantes. Se descalifica la maternidad de las mujeres, generando un problema de salud, pues en una institución de salud se da por un hecho que la autoridad la tienen los del personal de salud, ya que son quienes tienen los conocimientos teóricos y por lo tanto dominan a las mujeres que van a tener a sus hijos (as).

Los del personal de salud descalifican a la maternidad desde lo moral, biológico y no se toman en cuenta el cuerpo y la subjetividad. Generando daño a través de las relaciones asimétricas médicos-pacientes dentro de una institución de salud. Por ello, propongo a las instituciones de salud la utilización nuevas metodologías que les permitan ver los problemas de salud que enfrentan las jóvenes en los diferentes campos o escenarios en donde se encuentran.

b) Con el personal de investigación

Chapela comenta que “los agentes de la hegemonía (por ejemplo el personal de investigación médica) logran la consolidación de los contenidos hegemónicos también están expuestos, con mayor o menor grado de conciencia, a ser ocupados por la

hegemonía. El olvido del cuerpo donde está ausente: la sexualidad, la reproducción, la unión de parejas, el trabajo, el significado de crecer, comer, recrearse, la escuela, la familia, etc.,” (2007a:15). En una investigación se pueden generar relaciones de sometimiento o subordinación. Pues los investigadores tienen el control sobre las personas, ya que cuentan con los contenidos sobre el tema a investigar. Sin embargo, olvidan las subjetividades de las personas y no toman en cuenta los sentimientos, las emociones presentes en el cuerpo de las personas.

Foucault (1999) llama “tecnologías del yo” a las formas de conocimiento y a las estrategias instaladas en los cuerpos de los sujetos que les permiten “Ser” y por tanto realizar operaciones en sus propios cuerpos, pensamientos y conductas, y mediante las cuales logran la felicidad, sabiduría, perfección u otro. Las tecnologías del yo pueden ser, frecuentemente son, reconvertidas en instrumentos de coerción, de inscribir órdenes, mandatos en el mismo cuerpo de los sujetos... “En el caso de la dominación, y desde una perspectiva foucaulteana, puede verse a la “intromisión” de la Promoción de la Salud como una manera de regulación de las tecnologías del yo” (Chapela y Cerda; 2010: 11).

A continuación se presenta a las relaciones con el personal de investigación en las tres entrevistas a madres adolescentes por medio del análisis (Ver anexo 5).

Las relaciones con el personal de investigación en la (E1), se dieron cuando le aplicaron el cuestionario, pues no pudo expresar lo que realmente deseaba, además el tipo de preguntas limitaron cada uno de sus argumentos. La (E2), se sintió presionada al contestar cada una de las preguntas, por lo que sólo contestó lo que le preguntaban sin tener mayor conocimiento del contenido del cuestionario. En la (E3), las personas de

la investigación la hicieron contestar preguntas que no le gustaron mucho y la hicieron sentir mal porque no pudo comentar su experiencia al ser madre adolescente.

En las tres entrevistas pude notar que no tomaron en cuenta sus subjetividades a través de sus propios comentarios sobre sus experiencias al ser jóvenes madres y mostrándose las relaciones de poder de la forma siguiente: Por ejemplo en la (E1), las ejercieron las personas que diseñaron el protocolo de investigación del hospital, pues lo tomaron de otro que ya estaba diseñado y decidieron que se aplicará a madres adolescentes que se atendieron en el hospital. En cuanto a la (E2), las relaciones de poder fueron desde la institución al invitar a participar del cuestionario a las madres adolescente que hubieran tenido un hijo (a) en determinados periodos y por la persona que iba guiando cada una de las preguntas. En la (E3), las relaciones de poder las ejerció la persona que aplicó el cuestionario puesto que ella era quien indicaba el orden de cada una de las preguntas y las opciones que podía contestar.

Las relaciones de poder se dieron entre el personal de investigación y las madres adolescentes. Se impidió conocer la subjetividad de las mujeres al tener que contestar cada una de las preguntas del cuestionario y al no tener un reconocimiento por parte de las personas que realizaron las preguntas.

Defino que las relaciones con el personal de investigación son las que surgen de manera asimétrica porque las personas de la investigación del Hospital ejercen el poder sobre las jóvenes madres al participar de una investigación. Donde no toman en cuenta sus experiencias ni lo que han tenido que enfrentar durante la maternidad, ya que quienes investigan realizan cuestionamientos a través de sus propios criterios y afectan la subjetividad, la libertad y la dignidad de las mujeres.

Concluyo que las personas que realizan la investigación sobre madres adolescentes, son quienes establecen los criterios de su trabajo de acuerdo al interés del estudio. Sin embargo, no se dan cuenta que durante la aplicación del estudio puede ser impedimento para que las mujeres expresen lo que han vivido sobre la maternidad. Ya que al contestar cada una de las preguntas de la investigación las mujeres no pueden tener un criterio propio sobre lo que se les pregunta. Por lo que las relaciones de poder que ejercen las personas de la investigación al no permitir que las mujeres digan lo que sienten ejercen violencia simbólica.

Como promotora de salud aprendí que no podemos ver a las jóvenes madres como objetos de estudio para obtener provechos propios sino ver la subjetividad y el contexto de los diversos escenarios donde se encuentran. “Debemos pensar que esas relaciones se dan en todos y cada uno de los espacios por los que circulamos, en todas y cada una de las instituciones a las que pertenecemos” (María Inés García; 2002: 38).

Propongo por ello considerar lo anterior como violencia simbólica y en el siguiente capítulo me dedico a demostrar mi argumento.

CAPÍTULO III. UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA A LA VIOLENCIA SIMBÓLICA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Este capítulo tiene como objetivo hacer una descripción y un análisis del diario de campo de mi experiencia durante el Servicio Social. Además se muestra una reflexión sobre los aprendizajes obtenidos. La propuesta fundamental es demostrar la violencia simbólica¹⁸ ejercida por investigadores del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» en las mujeres encuestadas.

En la perspectiva del sociólogo Bourdieu (citado por Fernández, 2005:7) dice «La violencia simbólica es esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas “expectativas colectivas”, en unas creencias socialmente inculcadas».

La violencia simbólica tiene lugar cuando hay dominador (a) / dominado (a) y se manifiesta como algo “natural”. Cuando las relaciones de poder son sistemáticamente asimétricas, la situación se describe como dominación y la violencia del dominador se ejerce sobre el dominado.

La violencia es ejercida desde un campo, el cual es un espacio estructurado y estructurante formado por instituciones, agentes y prácticas. Es estructurado porque posee formas de reproducción, desplegando un conjunto de normas y reglas no siempre explícitas que establecen lógicas de relación entre los agentes. Es estructurante cuando los agentes incorporan activamente instrumentos de conocimiento

¹⁸ En este trabajo la defino como la violencia no ejercida mediante la fuerza física sino es una violencia invisible. Se manifiesta de manera sutil, es decir, se “normaliza”.

que orientan la racionalidad intelectual de sus actos y reestructuran sus sentidos del mundo objetivo.

Es decir, que en los sujetos se hallan espacios sociales estructurados y dinámicos, a los que responden y son capaces de modificar mediante la constante transformación del habitus. Bourdieu (citado por Fernández, 2005) define al habitus como un sistema de disposiciones adquiridas por medio de aprendizaje implícito o explícito que funciona como un sistema de esquemas generadores de conductas instituidas, es decir, normalizados.

El habitus, es una manera de ser, un estado habitual del cuerpo, una predisposición, una inclinación. Actúa como una estructura, que se manifiesta en la forma de percibir, pensar y actuar del sujeto y en como interactúa con el otro.

3.1 Descripción de la Investigación durante el Servicio Social

Cuando realicé el Servicio Social en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González» se me asignó junto a, otros dos compañeros de la licenciatura en Promoción de la Salud, la tarea de apoyar en el área de Trabajo Social.

Entre las actividades que realicé fue colaborar en una investigación para el área de ginecología. La jefa de Trabajo Social, Nancy Ávila Arroyo, nos dijo que apoyaríamos en la investigación llamada “Calidad de vida en madres adolescentes”. Nos dio el protocolo de investigación para que lo leyéramos para ver en que consistía.

El protocolo contenía el equipo de colaboradores de la investigación el cual estaba conformado por el Dr. Octavio Sierra Martínez (Director de enseñanza e Investigación), el Dr. Gerardo Lara Figueroa (Subdirector de Ginecología y Obstetricia),

el Dr. Samuel Weingerz Mehl (Jefe de la División de Bioética), Dra. Alma Edith García Franco (Ginecóloga), Nancy Ávila Arroyo (Jefa de Trabajo Social) y se agregaron a tres pasantes de la licenciatura en Promoción de la Salud.

La justificación del protocolo era que las adolescentes en nuestro país representan casi el 20% de la población, por lo tanto era importante conocer el estado de su calidad de vida posterior a un evento obstétrico, para determinar acciones concretas que pudieran ayudar a mejorar el bienestar social y la propia salud de las mujeres adolescentes.

Entre los objetivos Generales estaban los siguientes:

- ❖ Conocer la calidad de vida relacionada con salud de adolescentes después de 3 a 5 años de su evento obstétrico.
- ❖ Conocer los factores de riesgo implicados en las madres adolescentes y proponer guías de intervención para favorecer su bienestar social.

Los objetivos particulares que contenía el protocolo de investigación eran:

- ❖ Identificar los aspectos sociodemográficos de las pacientes adolescentes atendidas en el Hospital «Dr. Manuel Gea González», hace 3 a 5 años.
- ❖ Aplicar los datos obtenidos en el mejoramiento de la calidad de vida de mujeres que han tenido un evento obstétrico durante la adolescencia.
- ❖ Formular planes de trabajo que ayudaran a evitar el deterioro de la calidad de vida relacionada con salud en mujeres adolescentes embarazadas.
- ❖ Diseñar programas de medicina preventiva para evitar un embarazo no deseado durante la adolescencia.
- ❖ Conocer los factores de riesgo implicados en las madres adolescentes.
- ❖ Proponer guías de intervención para favorecer su bienestar social.

El protocolo describía el cuestionario y la metodología. En el estudio primero se formularon los criterios de selección de la muestra de inclusión y exclusión. Luego se dio el tratamiento estadístico para ver el comportamiento de las variables que se estudiarían.

La parte final del protocolo decía que se realizaría un análisis por medio de la estadística descriptiva para describir, discutir y establecer las conclusiones del estudio. Se utilizarían las medidas de tendencia central para ver la diferencia entre el valor mínimo y el valor máximo de las variables¹⁹ a estudiar de las madres adolescentes.

Entre las medidas de dispersión se buscarían y se calcularían a partir de los datos obtenidos; estaban apenas como ejemplo: la desviación estándar que nos diría que tan dispersos se encontraban los datos respecto al valor de la media; pues cuanto mayor fue su valor, más dispersos estuvieron los datos.

Para describir los porcentajes y las frecuencias, se obtendrían a partir de las mismas preguntas del cuestionario como las siguientes: ¿Sabes leer y escribir?, ¿Qué escolaridad tienes?, ¿Actualmente acudes a la escuela?, ¿Algún doctor te ha dicho a ti o tus padres si padecen de asma?, ¿Estas tomando diariamente medicamento para el control del asma, prescrito por el médico?, ¿Algún médico te ha dicho a ti o a tus padres si tienen alergias? etcétera.

De acuerdo al protocolo, para la estadística inferencial se utilizaría la correlación lineal que indicaría la fuerza y la dirección de una relación lineal entre dos variables aleatorias, chi cuadrada es la que evaluaría la diferencia de los datos obtenidos con los datos esperados, el análisis multi-variado de regresión se utilizaría como una técnica de

¹⁹ Describo a la media como el valor obtenido de toda la suma de una variable y dividiendo el total de respuestas. La moda dio el dato que más se repitió con mayor frecuencia, la mediana describió el valor de la variable que se encontró a la mitad de los datos.

análisis multi-variable el que se estableció para explicar una relación funcional entre una variable dependiente y una serie de variables independientes o explicativas, en la que se estimaron los coeficientes de regresión que determinaron el efecto que las variaciones de las variables independientes tuvieron sobre el comportamiento de la variable dependiente. Aquí se describió el promedio, la media, varianza, desviación estándar, rango, error estándar. Todo lo anterior se describiría en tablas y en gráficas de pastel. A continuación enunció algunas de las preguntas del cuestionario que se utilizaron para formular variables:

- ¿Cuántas horas utilizas para ver televisión o usar la computadora?
- ¿Cuánto tiempo usualmente ves televisión o juegas videojuegos?
- ¿Cuántas horas por día de lunes a viernes usas una computadora para divertirte?
- ¿Cuántas horas por día sueles ver la televisión o jugar juegos de video?
- ¿Cuántas horas por día en un sábado o domingo usas una computadora para divertirte? Etc.

Luego de leer lo anterior nos presentamos con la jefa de Trabajo Social para que nos explicará que es lo que teníamos que hacer. En ese momento se encontraba con la Dra. Alma García, la cual nos dijo que nosotros colaboraríamos a través de citar a las mujeres adolescentes por vía telefónica para que se presentarán al hospital a contestar un cuestionario relacionado con su calidad de vida después de un parto, cesárea,

aborto o un embarazo ectópico²⁰, durante los años 2003, 2004 ó 2005 en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

Antes de realizar las citas por teléfono se nos proporcionó una base de datos impresa de las pacientes que habían tenido un “evento” en los años mencionados anteriormente, la cual contenía el número de folio del expediente, el año, nombre completo, edad, número telefónico, dirección en algunos casos.

Para realizar las citas utilizamos los teléfonos de las diferentes oficinas del área de Trabajo Social. Posteriormente al realizar las llamadas telefónicas para las citas, nos presentábamos y comentábamos que hablábamos del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» del área de ginecología. Explicábamos que el motivo de la llamada era proponerles participar a través de contestar un cuestionario sobre como ha sido su calidad de vida después de haber tenido un hijo (a).

Si estaban interesadas y deseaban participar tenían que venir directamente al hospital para contestar el cuestionario en el área de Trabajo Social. Además, se les decía a las mujeres que el cuestionario era voluntario y que no necesariamente tenían que venir para contestarlo.

A continuación describo algunas dificultades que se presentaron a lo largo de la aplicación del cuestionario:

Ψ El cuestionario fue muy extenso, había preguntas confusas y muchos de los apartados se repetían con otros.

²⁰ Es la implantación del embrión fuera del útero, puede ocurrir en cualquier sitio de la cavidad abdominal, ovario y con frecuencia se produce en la trompa de Falopio.

- Ψ Algunas de las mujeres vivían muy lejos del hospital, por lo que no podían trasladarse para contestar el cuestionario de manera directa y propusieron contestar el cuestionario por teléfono.
- Ψ Las preguntas del cuestionario no se entendían y al realizar algunos de los cuestionarios por vía telefónica era difícil estar leyéndoles las preguntas tal y cómo estaban escritas ya que confundían las mujeres lo que se les preguntaba.
- Ψ Al realizar las citas se dificultó cuando algunos de los familiares nos decían que ya no vivían las jóvenes en ese domicilio.
- Ψ Algunas de las personas desconfiaban de la cita y nos cuestionaban mucho al responder el cuestionario.
- Ψ El no tener los conocimientos ni la experiencia suficiente sobre el tema te hace sentir mal y al no saber del campo de ginecología. Además, de no saber la reacción de las mujeres ya que se pueden incomodar por el tipo de preguntas que realizas como: la edad en que tuvieron su primer período menstrual, si han tenido sexo oral, la edad en que tuvieron su primera relación sexual, con cuántas personas diferentes han tenido relaciones sexuales, etc.

3.2 Diario de Campo, análisis cualitativo de una experiencia de investigación cuantitativa²¹.

Es importante hacer notar que el cuestionario para madres adolescentes que criticaré en adelante fue una traducción del original diseñado por la Universidad de California, en San Francisco (CHIS 2007, cuestionario para adolescentes). El

²¹ En este primer momento describo la experiencia de la investigación cuantitativa de manera explícita. Pero, en un apartado posterior haré evidentes los implícitos ideológicos (supuestos ocultos) que detecté.

cuestionario contenía un anexo de 8 preguntas abiertas, para valorar aspectos de la percepción de las madres adolescentes sobre su calidad de vida en relación a su “evento obstétrico”²². (Ver anexo 2).

La Dra. Alma García Franco, del área de Ginecología nos comentó que la base de datos la había sacado el Dr. Gerardo Lara de más de 800 pacientes que se atendieron en el hospital durante el 2003, 2004 y 2005, por el tiempo transcurrido desde su ingreso, al realizar las citas por teléfono nos dimos cuenta que muchas pacientes ya no vivían en su domicilio o su número telefónico no era el mismo; en otros casos el número estaba fuera de servicio y a las que no contestaban en ese momento les volvíamos llamar. Por lo que logramos completar un total de 258 cuestionarios.

Al realizar las citas se escuchaban algunas veces ruidos de sus hijos (as), como llorar, reír y hablar. Aproximadamente concertábamos tres citas al día, cada uno de los pasantes en Promoción de la Salud, o sea un total de 9 citas diariamente.

Si las mujeres habían pedido la cita durante el horario de la mañana, los cuestionarios eran aplicados por lo general por la jefa o la supervisora Socorro Valverde, de Trabajo Social, y las mujeres que hacían cita durante la tarde las atendíamos los pasantes de Promoción de la Salud. Esto lo realizamos aproximadamente en tres meses y medio, durante la estancia del Servicio Social.

En general eran dos horas diarias, cada fin de semana se nos pedía un reporte de cuántos cuestionarios habíamos realizado vía telefónica y cuántas mujeres habían venido a contestar directamente al hospital. En nuestro informe se mostraba que la mayoría venía directamente al hospital.

²² Está es una de mis primeras pistas para proponer que un estudio cuantitativo, para que sea riguroso, ha de diseñar las herramientas metodológicas de acuerdo a la realidad que buscan comprender y no considero adecuado que las preguntas se hayan copiado textualmente de un estudio para madres adolescentes en Estados Unidos de América.

Cuando hacíamos una cita se les preguntaba a las mujeres el día y la hora en que podían contestar el cuestionario y lo anotábamos en una hoja al lado de sus datos. Nos encontramos con casos en que no había adolescentes que hubiesen tenido un evento relacionado con el protocolo, y en ese caso, no se daba la cita para realizar el cuestionario.

Posteriormente nos proporcionaron varios juegos de copias de los cuestionarios. Con la finalidad de que las realizáramos por teléfono y cuando las personas así lo solicitaran. Después, la Dra. Alma García nos repartió más fotocopias de los cuestionarios para que los tuviéramos listos para cuando llegaran las mujeres que sí podían asistir al hospital.

Cuando las mujeres llegaban al hospital, les dábamos a leer y firmar una carta de consentimiento para saber si estaban de acuerdo con el tipo de preguntas. Si es que se tenía “testigo” también se ponía el nombre, dirección y la relación que se tiene con el paciente. También contenía nombre, firma y teléfono del investigador. Así como el número telefónico del hospital. Los cuestionarios tenían que ser contestados a lápiz (ver *anexo 1*). En el cuestionario se pedía el nombre de la persona, la edad, el tipo de “evento” realizado el cual era marcado con una “X”. (Ver *anexo 3*).

Se aceptó la propuesta para modificar los cuestionarios que se nos habían entregado, pues al leerlos nos dimos cuenta que algunas de las preguntas se repetían y otras no se entendían, haciendo una revisión en colectivo para discutir los posibles cambios en el cuestionario. La duración de cada uno de los cuestionarios variaba, porque en ocasiones algunas de las jóvenes hablaban cosas extras de lo que se les preguntaba, por lo que cada cuestionario tenía una duración de aproximadamente 20 a 30 minutos.

Como se mencionó antes, algunos cuestionarios se realizaron vía telefónica ya que a muchas mujeres entrevistadas se les dificultaba el traslado y en dos ocasiones se hicieron visitas domiciliarias.

Comentábamos a las mujeres que la información que nos proporcionarían tenía como objetivo conocer la calidad de vida, además de que todo lo que respondieran en el cuestionario se iba mantener de manera confidencial sólo para uso del hospital y del área que investigaba.

Una vez terminado el proceso de citar por teléfono y cuando realizamos los 258 cuestionarios, algunos de los colaboradores capturaron los datos de cada uno de los cuestionarios, para posteriormente graficarlos en computadora. Sacaron la estadística descriptiva e inferencial, una vez terminada la investigación, la presentaron al Comité de Investigación del Hospital para que fuera evaluada.

El cuestionario se componía aproximadamente de 133 preguntas de opción múltiple como: si, no, no sé, no deseo contestar, totalmente de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo, excelente, muy bueno, bueno, regular, malo, etc. En algunos casos se saltaban a las preguntas siguientes. Las preguntas estaban organizadas por apartados, por lo que estaban divididas en 12 capítulos.

Al final del cuestionario les dábamos el número telefónico que venía en la parte última por si tenían alguna duda con algo relacionado con ginecología. También se les preguntaba si estarían dispuestas a continuar en algún futuro con algo relacionado con el cuestionario. La mayoría de las mujeres encuestadas respondió que sí.

3.3 Descripción de los 12 Capítulos del Instrumento de Investigación

1.- Información demográfica: En este apartado del cuestionario lo primero que hicimos fue preguntar a las mujeres: nombre, edad actual, fecha de nacimiento, estado de salud, talla y peso. En este mismo apartado también se les preguntó a las mujeres si padecían de alergias, asma o diabetes, si consumen algún medicamento en caso de tener alguna de estas enfermedades. Algunas de las mujeres comentaban que ellas no padecían ninguna de las enfermedades anteriores, pero que sí tenían familiares que las padecían.

Dentro de la información demográfica estaba escolaridad, donde la mayoría de las mujeres decían haber terminado primaria o secundaria y en realidad fueron muy pocas las que continuaron estudiando. Esto porque algunas de ellas decían que tenían que cuidar de sus hijos(as). De la misma manera hubo quienes comentaron que dejaron sus estudios por razones económicas y por la presión social que se generaba al convivir dentro y fuera la escuela.

2.- Dieta y nutrición: En este apartado se preguntó a las mujeres acerca de la alimentación que llevaban; las preguntas estaban relacionadas con la cantidad y la porción de jugo de frutas que consumían diariamente, aquí muy pocas mujeres contestaron que casi siempre (el resto contestó que siempre o que nunca).

Se les preguntaba las porciones vegetales que consumían generalmente, la cantidad de frituras, refresco de cola o bebidas azucaradas. Aquí la mayoría de las mujeres contestaron por lo general consumían pocas frutas y que a veces si consumían verduras. Comentaron algunas de ellas que no contaban con la economía suficiente

para poder comprar verduras, frutas y jugos²³. Debido a que algunas eran madres solteras, otras no tenían un trabajo estable y por lo tanto no percibían un salario para comprar la despensa básica. Había quienes todavía seguían dependiendo económicamente de sus papás. Pocas mujeres llegaron a comentar que trabajaban, pues la mayoría mencionó que se dedicaba al hogar y al cuidado de sus hijos (as).

3.- Actividad y tiempo de sedentarismo: Si las mujeres asistían a la escuela se les hacían preguntas relacionadas a la actividad física como correr, caminar rápido, andar en bicicleta y bailar. El número de días que realizaron al menos 60 minutos de ejercicio, esto durante el día o en la semana. Así como actividades de futbol, baloncesto o voleibol, cuántos días durante una semana llegan a pie, en bicicleta o en patineta asistían a la escuela aunque no fue muy común ya que las mujeres en su mayoría no continuaron estudiando.

Se les preguntaba el tiempo que dedican a ver la televisión o jugar videojuegos, si tienen y usan la computadora para diversión o para hacer tareas de la escuela durante la semana o en los fines de semana. En este caso la mayoría contestaron que no tenían computadora en su casa, sin embargo, comentaron que veían la televisión. En este mismo apartado les preguntamos si han asistido el último mes a un parque y que tan seguro era durante el día y por la noche. Las mujeres contestaron en su mayoría que de día era seguro pero de noche no lo sabían con precisión. Las mujeres

²³ De ahí que las opciones múltiples para responder las preguntas a este apartado, me parecieron poco enriquecedoras ya que me dejaron sin la posibilidad para contextualizar los hábitos alimenticios de las mujeres que contestaron el instrumento de investigación (el cuestionario).

comentaron que no hacen ejercicio ya que no cuentan con el tiempo suficiente para hacerlo²⁴.

4.- Uso de tabaco, alcohol y drogas: En este apartado del cuestionario preguntamos a las mujeres sobre el número de cigarros, bebidas alcohólicas, cerveza, copa de vino, trago de licor, cocaína, marihuana, inhalación, pegamentos, otras drogas combinadas, si es que habían consumido por cuántas horas, días o al mes. En esta sección las mujeres en su mayoría contestaron que alguna vez y que aún a veces consumen el cigarro en fiestas, así como el alcohol, las demás drogas casi todas las mujeres contestaron no haberlas consumido nunca.

5.- Estado emocional: En este apartado del cuestionario se les preguntó a las mujeres si en el último mes se habían sentido nerviosas, desesperadas, inquietas, deprimidas, si sentían que todo era un esfuerzo y con que frecuencia se sentían desvalidas. Algunas de las mujeres que contestaron el cuestionario dijeron que alguna vez sí se habían sentido con alguno de estos estados emocionales sobretodo cuando estaban embarazadas, pues sus papás ya no les brindaban la confianza de antes. Hubo quienes se sintieron deprimidas por no contar con el afecto de sus familiares y se sintieron desesperadas por no tener una buena comunicación con sus papás ni con sus parejas.

6.- Conducta sexual: En todas las preguntas de este apartado les comentamos a las mujeres que eran libres de contestar o no, ya que muchas veces preferían que no se les siguiera preguntando. Sin embargo, algunas hasta nos contaban más allá del cuestionario. Por lo que preguntamos a las mujeres datos confidenciales tales como: a

²⁴ Una vez más, el instrumento de investigación cuantitativa (cuestionario) no me permitía conocer las razones o las causas que justificaban este sedentarismo de las mujeres encuestadas con la forma en que las preguntas se habían formulado.

qué edad tuvieron su primer período menstrual, si han tenido sexo oral, a qué edad tuvieron su primera relación sexual, con cuántas personas diferentes han tenido relaciones sexuales, si han tenido sexo con hombres, con mujeres o con ambos²⁵, si su pareja usa condón, si ella o su pareja usan algún método para prevenir un embarazo o contagio de enfermedades de transmisión sexual, qué métodos usan , también se les preguntaba si se han hecho alguna vez prueba para VIH (SIDA), si sabían que podían comprar una píldora de emergencia en una farmacia sin tener receta médica.

Posteriormente se les preguntaba si sabían que es el VPH (Virus del Papiloma Humano) y en donde lo habían escuchado. Después proseguíamos realizado las preguntas como si alguna vez se habían puesto la vacuna o inyección contra el VPH o si estarían interesadas en aplicárselas.

En cuanto continuábamos el cuestionario algunas de las mujeres nos preguntaron qué para que tantas preguntas que no se relacionaban con lo que ellas se imaginaban que se les pudiera preguntar en cuanto a su vida al ser madres. Nosotros les contestábamos que era un cuestionario que estaba realizado más allá de ser madres y que las preguntas estaban relacionadas entre si, luego continuábamos con las preguntas, aunque algunas veces teníamos que ser más breves y preguntar de acuerdo a lo que ellas respondían o comentaban.

En estas preguntas las mujeres en su mayoría contestaron que sólo tenían relaciones sexuales con hombres, que no sabían que existía la píldora de emergencia y menos que la pudieran comprar sin asistir a un médico, se enteraron del VPH en su

²⁵ Está pregunta, me parecía que hacía evidente las relaciones de poder y supuestos ocultos que el instrumento cuantitativo transmitía, además, me parecía irrelevante considerar la preferencia sexual o la identidad sexual de las encuestadas, porque pueden ser incómodas u ofensivas y la preferencia sexual de las mujeres no tiene relevancia cuando lo que se enlaza son los aspectos como los hábitos del cuidado de su salud sexual. Impidiendo conocer los derechos sexuales y reproductivos.

mayoría al asistir al Centro de Salud cuando llevaban a sus hijos (as) a ponerles sus vacunas y otra manera en la que se enteraron fue por la televisión, el método que más usan es el condón masculino, sí se realizaron en algún momento de su embarazo la prueba del VIH-SIDA, aunque fueron muy pocas mujeres las que contestaron haberse realizado este tipo de prueba. En cuanto a su primer periodo menstrual la mayoría de las mujeres tuvo este “evento” después de los 10 años y comenzaron a tener relaciones sexuales entre los 13 y los 15 años, por lo que se embarazaron durante su adolescencia.

7.- Violencia interpersonal: En este apartado las preguntas que se realizaron fueron acerca de cómo han sido las relaciones con otras personas, si se han peleado, si han recibido amenazas de muerte²⁶, si las han obligado a tener relaciones sexuales, si han sido abofeteadas, pateadas, o lastimadas físicamente por un novio o esposo. Si les había pasado algo similar lo han contado a alguien, si habían recibido atención médica. Al contestar las preguntas de este apartado algunas de las mujeres decían que en algún momento sí fueron agredidas verbalmente por alguno de sus familiares tras enterarse de su embarazo y de manera conyugal comentaron que sus parejas les impedían visitar a sus familiares. También comentaron que no habían recibido amenazas de muerte. Las mujeres que comentaron que si habían sido abofeteadas y lastimadas por algún familiar o por su pareja no recibieron atención médica.

La mayoría de las mujeres dijo no haber sido obligada a tener relaciones sexuales por su novio o esposo. Las mujeres agredidas física o verbalmente por su

²⁶ Esta pregunta es un ejemplo claro de los efectos al momento de usar un instrumento traducido textualmente de otras prioridades de investigación, pues en California se buscaba conocer como son amenazadas de muerte las mujeres por sus parejas o familiares, pero cuando la apliqué en las mujeres en México, resultaba violento y no se entendía del todo el sentido de la pregunta.

pareja expresaron que nunca lo comentaron a nadie para evitar preocupaciones a sus familiares.

8.- Utilización y acceso a la atención de la salud: En este apartado se les preguntó a las mujeres si cuentan con algún tipo de seguridad social y a donde acuden cuando se enferman, si el médico habla sobre nutrición, alimentación, emociones o estado de ánimo, sobre sus revisiones dentales, si hacen ejercicio, si les realiza un examen físico. En su mayoría acuden a servicios de salud privados, como el de las farmacias de similares o en algún centro de salud cercano a sus domicilios. Cuando asisten al médico comentaron que no hablan sobre su nutrición, sobre su estado emocional, sobre las revisiones dentales, etcétera.

Conforme avanzaban las preguntas, nosotros escuchábamos sus comentarios. Algunas mujeres llevaron a sus hijos (as) con ellas a contestar los cuestionarios, también algunas llevaron a sus parejas, algunas mujeres preguntaban sobre el papanicolau que si se lo podían hacer allí en el hospital, si era gratis, en qué condiciones tenían que venir, así como el día y el horario en que se realizaba. Una de las mujeres que llegó a contestar el cuestionario mencionó que como podía hacerle para tener un bebé con su nueva pareja debido a que cuando tuvo a su hija en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González», le habían realizado una cirugía, pero comentó que desconocía el método que le habían realizado, por lo que le mencionamos que se podía asesorar de manera segura en el área de ginecología del hospital.

En este apartado algunas de las mujeres mencionaron que se habían sentido muy bien tras de haber sido atendidas en el hospital ya que comentaban que la mayoría de los médicos y de las enfermeras estaban muy bien preparados, por lo que les había parecido muy buena la atención.

Sin embargo, otras mujeres contestaron que las atenciones que se dieron los médicos y las enfermeras en el hospital no habían sido las más satisfactorias ya que lo que no les había gustado cuando fueron atendidas es que las pusieran a caminar mucho antes de que tuvieran a sus bebés y decían que en esos momentos las habían hecho esperar en las salas de consulta externa, otras mencionaron que no las dejaban pasar con sus familiares. Algunas mujeres comentaron que sólo tenían acceso al hospital por medio del pase o carnet de envío.

Algunas de las mujeres mencionaban que las hacían firmar cartas para la realización de cesáreas, esto cuando se encontraban en las camillas en quirófano durante el trabajo de parto y algunas de ellas cuando ya hasta les habían puesto la anestesia para la cirugía de la cesárea. Aunque la mayoría de las mujeres mencionaba haber tenido a sus hijos (as) por parto normal y hubo otras que dijeron que había sido por cesárea.

9.- Estado psicológico: En este apartado lo que se preguntaba era acerca del estado emocional de las mujeres, ¿si han necesitado ayuda emocional o si han tenido problemas de salud mental?, tales como sentirte triste, ansiosa o nerviosa, ¿si han recibido consejería en caso de requerirlo?, ¿si han recibido ayuda profesional por uso de alcohol o drogas?, ¿si no ha recibido ninguna atención médica que siente que necesita, por razón de los costos o la falta de afiliación a una institución has retrasado o no ha tenido la atención médica que tú necesitabas?.

En este apartado las mujeres contestaron que no tenían ningún problema emocional o psicológico en estos momentos, pero que si habían sentido mucha angustia cuando se dieron cuenta que estaban embarazadas durante la adolescencia, ya que no sabían como decirles a sus familiares por lo que estaban pasando. Hubo

quienes comentaron que tuvieron mucha depresión casi al final del embarazo debido a que sentían cansancio y un poco de miedo de ser madres. La mayoría de las mujeres no contaban con ningún tipo de seguridad social y no habían acudido con ningún especialista para tratar la depresión.

10.- Salud dental o bucodental: Las preguntas en este apartado era acerca de ¿Cuándo fue la última vez que acudieron a un dentista, si fue para un examen de rutina o limpieza, o para un problema específico?, ¿Cuál es la principal razón por la que no han visitado a un dentista?, ¿A qué lugar vas cuando necesitas atención dental, algún momento en que necesitarás atención dental, pero no pudiste pagarla y por último cómo describirían el estado de tus dientes?, las mujeres en este apartado contestaron que no contaban con un tipo de servicio dental, por lo que sólo asistían cuando sentían alguna molestia grave al médico particular ya que era muy costoso.

11.- Supervisión de un adulto²⁷: Las siguientes preguntas de este apartado eran acerca de sus padres: ¿Tus padres son: casados, divorciados, separados, no están casados, pero viven juntos, un padre finado, ambos padres finados? Otra pregunta que se realizó fue la siguiente ¿Vives con tus padres en la misma casa o departamento?, ¿Con qué frecuencia hay un adulto a tu alrededor? en este anexo las mujeres contestaron varias de las opciones sugeridas en el mismo cuestionario.

Algunas de las mujeres contestaron el cuestionario comentaron que seguían viviendo en la casa de sus padres debido a que no contaban con una casa propia para vivir. Otras de las mujeres decían vivir en la casa de sus suegros o de alguno de sus familiares, también hubo mujeres que rentaban en algún lugar y muy pocas dijeron

²⁷ El nombre que lleva este apartado, desde mi punto de vista, me parece una evidencia de inscripción corporal del instrumento, porque de manera implícita habla de la necesidad de una tutela o tutor para las mujeres jóvenes madres, poniendo en cuestión de que tengan las capacidades humanas para hacer de su proyecto algo viable.

contar con una casa propia. Además la mayoría de las mujeres dijeron que siempre había un adulto que estaba pendiente como: tío, hermano, padres o algún familiar.

12.- Anexo: En este apartado se realizaron las preguntas, pero no había espacio suficiente para contestar y algunas de las respuestas ya tenían alguna opción de respuesta. Aquí las mujeres comenzaban a narrarnos una serie de acontecimientos que pasaron al ser madres adolescentes.

Las preguntas que les íbamos haciendo en este apartado las realizábamos con mucho cuidado ya que a algunas se les dificultaba contestar, entre las preguntas de este anexo se encontraban las siguientes: la vida que llevas en este momento, ¿es la que siempre soñaste?, entre lo que dijeron la mayoría de las mujeres en esta pregunta fue que no era algo que habían planeado, pero que estaban contentas al ser madres y que pues a pesar de que no era la vida que habían soñado se sentían bien al tener a sus hijos e hijas, ya que para ellas son lo más importante y lo único que las ha hecho sentir felices debido a que han aprendido mucho al ser madres.

Otra de las preguntas fue: ¿Cómo calificarías tu vida ahora que eres madre?, la mayoría de las mujeres contestó que era buena, otras decían que regular porque no es fácil debido a que no siempre se tiene lo necesario y muy pocas dijeron que mal debido a que no podían ofrecer lo mejor a sus hijos e hijas debido a que no cuentan con la economía para salir adelante, sin embargo, estaban satisfechas al ser madres.

Entre las preguntas se encontraba la siguiente: si estaban satisfechas al ser madres a esa edad, si hasta ahora han obtenido las cosas importantes que desearon en la vida, si pudieran vivir su vida de nuevo, les gustaría que todo volviese a ser igual, a partir de su embarazo su vida es igual. Algunas de las mujeres decían estar muy satisfechas al ser madres ya que tenían a sus hijos (as) y algunas no tanto porque no

contaban con una vivienda propia, otras no trabajaban y la mayoría no pudieron continuar estudiando. Sin embargo, algunas de las mujeres mencionaron trabajar a través de vender cosméticos en sus tiempos libres y pocas se desempeñaban como empleadas domésticas o en alguna empresa y ninguna de las pocas que trabajaba mencionó tener un buen salario. Algunas dijeron haber obtenido cosas importantes como prepararse para ofrecer una mejor calidad de vida.

Y otra pregunta que se realizó fue si hubiera podido decidir abortar o continuar con tu embarazo, ¿Qué hubiera decidido?, en este apartado la mayoría de las jóvenes comentaron que sí hubieran continuado con su embarazo, muy pocas mencionaron que cuando quedaron embarazadas aún no existía la Ley de Interrupción Legal del Embarazo en México.

3.4 Análisis crítico de la experiencia del Servicio Social

El análisis crítico a la investigación cuantitativa (cuestionario) no se dirige en contra del método en general, sino en contra de la aplicación única del mismo para investigar la realidad social de las madres adolescentes en México y a continuación se presentan los implícitos (supuestos ocultos), que he conseguido descifrar después de autoanalizar mi bitácora de trabajo de Servicio social.

Según mis anotaciones, el personal de investigación del Hospital General «Dr. Manuel Gea González», tenían como objetivos comprender “la salud en las madres adolescentes”. La Promoción de la Salud que utilizaron fue la hegemónica tomando como referentes importantes los conceptos de calidad de vida, la prevención y los factores de riesgo en embarazos no deseados. En cambio la salud desde Promoción de

la Salud va más allá de la prevención y de lo biológico. Las madres adolescentes pueden mejorar y adquirir salud no sólo con una adecuada calidad de vida ni con la prevención [son formas de nombrar la vida cotidiana de una persona desde el discurso médico/preventivista], sino a través de utilizar cada una de las capacidades humanas de manera individual y colectiva. Esto se relaciona con lo expuesto en el segundo capítulo de este trabajo, en donde la salud es un recurso y es adquirida por las madres adolescentes cuando ven de manera holística sus propias problemáticas que las aqueja y tomando el control sobre sus cuerpos. Para tener altos niveles de salud y construir un proyecto que no sea condicionado. Considerando que existen formas de dominación en los diversos campos en donde desenvuelven las jóvenes madres.

Me di cuenta que al utilizar una metodología cuantitativa (cuestionario) para las madres adolescentes que viven en California y que se encuentra en un formato en inglés pierde sentido, al traducirlo al español cambia mucho el significado, ya que está diseñado desde otra realidad social. Algunas de las preguntas del cuestionario se repetían y otras no se entendían. El personal de investigación fue quien decidió utilizar ese formato. Se guiaron en preguntas formuladas desde otro contexto y no tomaron en cuenta las realidades que viven las madres adolescentes en México.

Al aplicar el cuestionario se limitó la calidad de la información de las mujeres, porque las preguntas estaban diseñadas desde otra realidad social, contradiciendo los propios discursos de las jóvenes. Muchas de ellas no entendían las preguntas del cuestionario y tuvieron dificultad al contestarlo.

Las relaciones se dieron de manera asimétrica, el personal de investigación del Hospital tenía el control a través realizar el cuestionario y las mujeres eran puestas en un lugar de subordinación al contestar cada pregunta.

Puedo decir, que no fue fácil que las mujeres quisieran contestar el cuestionario, pues era muy extenso y tendió a la apatía o al aburrimiento por los contratiempos que surgen en la vida cotidiana. Esto por el tiempo en que se tardaron en contestarlo. Se provocó desinterés para contestar cada una de las preguntas y porque se negó expresar sus experiencias al ser madres adolescentes. Considero, que primero se les debió de haber informado sobre el contenido del instrumento de investigación, para que las mujeres decidieran aceptar o rechazar al participar del cuestionario.

En el cuestionario, a su vez, se pudieron notar las corporeizaciones en las mujeres cuando se sintieron agredidas por el tipo de preguntas relacionadas con la conducta sexual. Algunas de las jóvenes se incomodaron al contestar, ya que es algo delicado para algunas de ellas, sobretodo al hablar de la sexualidad, de la preferencia sexual y de la primera menstruación.

Es conveniente saber que es lo que desean las personas narrar, pues muchas veces se “normalizan” las acciones que pueden incomodar u ofender a las personas. Hay que tomar en cuenta que en México existe una heterogeneidad, con una estructura cultural diferenciada y con diversas identidades de género. Al hablar de sexualidad puede ser algo muy complejo para las personas, ya que existen patrones normativos para cada género y determinada sociedad.

Se observó la violencia a través de la subordinación de las mujeres al aplicar el cuestionario en el hospital. Debido a que no se miró el contexto en el que viven ni lo complicado que puede ser el abordar un tema para madres adolescentes y se

“normalizó” la forma de abordar las preguntas del cuestionario al limitar el derecho a decidir²⁸.

Se realizaron las preguntas sin tener conocimiento de lo que significa para ellas ser madres durante la adolescencia. La maternidad se da en una cultura ya constituida y por las propias experiencias de vida. Donde existen las relaciones de poder a través de un orden social caracterizado por acciones en términos de dominación y opresión establecidas desde el género.

Esto se relaciona con lo descrito en el segundo capítulo de este trabajo. En donde se puede ver a través de la entrevista en profundidad que las relaciones de poder se dieron de manera asimétrica, pues los del personal de investigación del hospital tienden a subordinar a las jóvenes madres a través al realizarles las preguntas del cuestionario y tratan sólo como “objetos de estudio”.

Los investigadores del hospital “normalizaron” sus acciones cuando ejercieron control a través de guiar cada una de las preguntas del cuestionario y las jóvenes madres no pudieron narrar sobre lo sentían o deseaban contestar en esos momentos. De ahí que sea corroborado lo que propone Eduardo Méndez “la relaciones médicas a través de atención, hospitalización y prevención que aplican normalizadamente mecanismos de “control” como parte de sus acciones técnicas con el objetivo de solucionar los problemas” (2005:29).

Durante el cuestionario las jóvenes madres tenían que contestar algunas de las preguntas en relación con la escuela. Se dio por un hecho que las jóvenes madres seguían estudiando, siendo que muchas de ellas ya no estudiaban y sólo terminaron la

²⁸ Eduardo Méndez (2005: 22) dice “La atención en el hospital se desarrolla a través de su trabajo con sujetos pertenecientes a diferentes estratos sociales, reforzando y naturalizando...”.

primaria o la secundaria. Debido a que sufrieron discriminación al ser madres adolescentes, por las normas y las formas de dominación en las instituciones educativas.

El cuestionario estaba formulado desde normas establecidas a través de respuestas de opción múltiple, que influyeron para que las madres adolescentes no pudiera opinar sobre el tipo de preguntas que tuvieran relación con lo que han vivido y se les negó expresar del porque no continuaron estudiando. Al respecto, rescato de Méndez "Las funciones de normatización y de control forman parte intrínseca del trabajo... como parte de sus actividades rutinarias" (2005:21).

Fue inconveniente en el cuestionario preguntar acerca del consumo de productos alimenticios y de ejercicios escolares. Debido a que para la mayoría de las mujeres el espacio escolar no configuraba parte de su cotidiano. Esto impedía ver como era la economía y los hábitos alimenticios en las jóvenes madres.

Las preguntas seguían siendo repetitivas, impidiendo conocer las razones que condicionan los proyectos de vida de las mujeres y paso desapercibido preguntar sobre el tipo de contenido que les hubiese gustado abordar, para narrar su experiencia materna.

Las mujeres se incomodaban cuando les realizaban las mismas preguntas y al negarles la oportunidad de problematizar sus propias expectativas de vida. Es decir, se les negó tener un diálogo en donde generarán una opinión propia que les permitiera cuestionarse sobre los discursos de dominación que han corporeizado a través de reflexionar sobre lo que los demás dicen y lo que dicen ellas. Se evitó conocer como son sus capitales, capacidades humanas y proyectos de vida.

En el cuestionario no se tomaron en cuenta las características propias de las mujeres, ya que la maternidad no necesariamente impide a una mujer seguir estudiando o insertarse en un trabajo digno.

Lo anterior se relaciona con el segundo capítulo, al utilizar la entrevista en profundidad se mostró que la maternidad no sólo tiene que ver con lo que se ha “normalizado” en la crianza de los hijos (as) y en la esfera doméstica. La mujer no se le ve limitada al tener un hijo (a) sino por normas sociales y las relaciones de poder que se ejercen en el escenario escolar y laboral. Lo que ha impedido que puedan desarrollar sus capacidades humanas, ya que han sido oprimidas a través las diversas formas de dominación que se manifiestan en las inscripciones corporales y corporeizaciones de las mujeres. Por lo que al no poder acceder a los niveles educativos y laborales se genera un proyecto de vida condicionado.

En el cuestionario se dio por un hecho que las jóvenes seguían viviendo con sus padres en la misma casa, sin tomar en cuenta las propias voces sobre lo que realmente han vivido. Algunas de las jóvenes vivían con algún familiar y otras con sus suegros, porque no contaban con una casa propia para vivir.

Algunas de las mujeres rentaban una vivienda con sus parejas y muy pocas tenían una casa propia para vivir. A pesar de esto las mujeres se sentían contentas y satisfechas al ser madres, ya que han aprendido mucho al lado de sus hijos (as). Aunque mencionaron que no han podido ofrecer lo mejor a sus hijos (as), debido a que no cuentan con capital económico, pero han aprendido a salir adelante. Si bien ejercer la maternidad en la adolescencia en México representa un ejercicio de resistencias múltiples a las relaciones de poder.

En el cuestionario se impidió conocer como surgen los actos de violencia por agresiones físicas o verbales en las mujeres por parte de sus parejas o familiares.

La dominación de las madres adolescentes se sintetiza en su “inferioridad” frente a las relaciones de poder constituidas en este caso dentro de una relación de pareja y de familia. Pues a lo largo de la historia han existido discursos en donde se nos impone a que seguir ciertas formas de vida. Los actos de violencia se “normalizan”, porque las jóvenes poseen estructuras de conocimientos previos que han adquirido por ejemplo: en las instituciones, en la familia o en los medios de comunicación etc. En donde se les educa como tratar al otro. Al mismo tiempo nos dicen como deben de comportarse hombres y mujeres.

Los discursos realizados por el personal de investigación dentro del cuestionario llevaron a que las mujeres no se sintieran valoradas, escuchadas y respetadas. En el instrumento impedía ver sus propias problemáticas que enfrentan por la maternidad.

Al limitar los argumentos de las mujeres durante la aplicación del cuestionario se notó enojo y el tono de voz. Como formas de comunicación no verbal y como respuesta a la interacción con los investigadores.

Las opciones tan cerradas del cuestionario provocaban que no se entendieran del todo las preguntas, evitando tener un diálogo para que las mujeres pudieran reflexionar sobre el tema y pudieran cuestionarse los discursos que han corporeizado de manera individual y colectiva.

A las mujeres durante el cuestionario sólo se les miró como objetos para investigar, de manera cuantificable y medible.

Puedo decir, que la información obtenida sobre las madres adolescentes se condensa en el instrumento de investigación (cuestionario), pues es lo que a la ciencia le interesa.

El análisis expuesto anteriormente se relaciona con el segundo capítulo de este trabajo, ya que al utilizar la entrevista en profundidad se mostró que las relaciones familiares se han dado a lo largo de la historia, pues existe un esquema de familia y de pareja. En donde se ejercen las relaciones de poder en las jóvenes madres dentro de una pareja y desde el ámbito familiar, surgiendo roles de género a partir de los diferentes contextos. A través de esto se ha dado la subordinación que se ve plasmada en las diversas formas de desigualdad económica, política, cultural y social en las mujeres. Lo que ha impedido que puedan ejercer cada una de sus capacidades humanas y ha generado un condicionamiento del proyecto de vida.

En la aplicación del cuestionario no hubo un intercambio de conocimientos por las jóvenes ni por el personal de investigación y nunca se les preguntó de manera agradable como fue la atención en el hospital durante el parto.

De esta manera se impidió conocer como fue la atención que tuvieron las mujeres dentro de la institución de salud y las preguntas no se relacionaban con la experiencia dentro del hospital.

En el cuestionario se negó que las mujeres hablen sobre la experiencia materna dentro del hospital en que fueron atendidas. Los investigadores vieron el embarazo desde lo biológico y por las reglas establecidas en el propio instrumento. Evitando conocer el contexto donde se desenvuelven las madres adolescentes, ya que existen conductas que generan daño en las mujeres cuando hay sometimiento a su integridad física, mental y psicológica. Se impidió observar que los proyectos surgen por las

circunstancias de vida y la historia de relaciones entre la persona y su medio lo va condicionando.

La Promoción de la Salud que utilizaron los investigadores del Hospital General «Dr. Manuel Gea González», propongo que es la hegemónica tomando el biologicismo del saber médico y el racismo social para fundamentar las prácticas discriminatorias institucionalizadas de la acción médica. Por eso, una vez más, considero que Méndez, acierta cuando propone “La medicina tiene una noción mecanicista del cuerpo como suma de partes, de allí que ciertas metáforas dominan el lenguaje médico al identificar el cuerpo humano con una máquina” (2005:25).

Sin embargo, gracias a la entrevista en profundidad sabemos que se prohibió que las madres adolescentes pudieran tomar el control sobre su cuerpo durante el parto. Además fueron discriminadas por ser menores de edad, al no conocer los términos que utiliza el personal de salud y al ser tratadas sólo como “pacientes”.

Al utilizar la entrevista en profundidad se mostró que en una institución de salud se imponen las relaciones asimétricas sobre las mujeres que van a tener a sus hijos (as) y se limita la toma de decisiones durante el parto. El personal de salud ve a la maternidad desde lo biológico y no toman en cuenta el cuerpo ni la subjetividad en las jóvenes. Creo que la discriminación que sufren, tiene que ver con como se mira la maternidad más allá de lo biológico. Tiene que ver con una mirada prejuiciosa y basada en un “deber se” que éstas mujeres transgredieron.

Desde mi perspectiva, en lo médico se genera una asimetría, la desigualdad técnica y cultural. Al respecto Méndez dice que las características dominantes surgen de “La relación médico/paciente supone a la violencia simbólica del equipo de salud que interviene institucionalmente” (2005:25).

3.5 Aprendizajes vitales durante el Servicio Social

A continuación se presenta una reflexión sobre los aprendizajes que esta experiencia me otorgó:

- Aprendí que no se debe cuestionar a las mujeres al realizar cada una de las preguntas sino hay que escuchar cada uno de sus comentarios. Es bueno establecer las relaciones de respeto, equidad, igualdad y diálogo a través de ser empática. Esto ayuda a que las personas puedan decir sobre las experiencias vividas.
- Aunque en un principio no sabía como realizar el cuestionario, lo apliqué como venía estructurado. Me di cuenta que no era la forma correcta de formular las preguntas, ya que las mujeres se sentían ofendidas, humilladas, apenadas y hasta un poco molestas. Tenían cierta desconfianza por el tipo de cuestionamientos que se estaban realizando, pues no eran los correctos. Porque aprendí que no se debe obligar a contestar preguntas que incomodan o desagradan. Además de que al hacer las preguntas las mujeres no querían continuar contestando las preguntas del cuestionario.
- Cuando apliqué los cuestionarios aprendí que no siempre las preguntas están hechas y formuladas de la mejor manera, por lo que no imaginaba que al realizarlas podía incomodar a las mujeres. Sin embargo me pude dar cuenta a través de los gestos o por sus actitudes de las mujeres.
- Aprendí que no siempre lo que se piensa de las mujeres es verdad, pues las preguntas no se dirigían en la totalidad al tema ni eran las más adecuadas. En el cuestionario sólo se pensó en la estructura pero no en las experiencias de la

realidad. Ya que en el cuestionario no se tomaron en cuenta los sentimientos de lo que piensan y viven las jóvenes madres.

- Cuando realicé esta investigación aprendí que dentro de un cuestionario es útil hablar como si estuvieras con alguno de tus familiares o amigos, esto da la confianza para que las personas puedan expresar sus propias experiencias de lo que han vivido.
- A partir de estos aprendizajes ahora entiendo a las mujeres que han tenido un hijo (a) [y no solamente durante la adolescencia sino en cualquier etapa de la vida]. Las mujeres que participaron del cuestionario se sienten satisfechas al ser madres. Cabe decir que no todas las mujeres tienen experiencias de satisfacción al ser madres.
- También aprendí y puedo decir que me he percatado de varias cosas, entre ellas, es que siempre la sociedad juzga a las mujeres cuando están embarazadas. Por como viven y actúan, pero nunca nos damos cuenta del sentir y sobre todo de las circunstancias que las orillaron a ser madres durante la adolescencia (hay que mirar el contexto).
- Aprendí que no siempre lo que se cree saber de nuestros alrededores es cierto, pues hay cosas que no sabemos realmente y más aún si no hemos vivido esa experiencia. Considero que hay que mirar los contextos culturales que se han formado a través de la historia humana.

3.6 Aprendizajes obtenidos en mi formación profesional durante el Servicio Social

A continuación se presenta una reflexión sobre los aprendizajes que esta experiencia me otorgó:

- ♣ Aprendí que la estructuración de un cuestionario puede servir para recabar información de la que deseamos saber para hacer estadísticas, graficas, porcentajes, etc. Por lo tanto, esto sirve para que el investigador haga comparaciones en poblaciones o muestras. Pero no para saber más allá de lo que piensan y viven las mujeres.
- ♣ Otro aprendizaje que tuve fue darme cuenta que no se necesariamente se requiere ser una “experta” para poder entender a los demás. Aunque no tenía los conocimientos en cuestionarios ni en ginecología, lo que me ayudó fue el saber entender lo que puede incomodar a las mujeres. A través de saber escucharlas sin ignorarlas, con respeto a sus ideas y comprender la situación de vida.
- ♣ Al realizar este cuestionario aprendí que no puedo ver a las mujeres como objetos para investigar a las que se les pueden sacar sólo respuestas para obtener provechos propios, sino que todas las mujeres necesitan ser escuchadas y sentirse valoradas por los demás. Por lo que aprendí a valorar a las jóvenes a través de escuchar sus propios discursos sobre lo que sienten y piensan de su maternidad. Esto me permitió entender lo que pretendo comprender con mis investigaciones.
- ♣ Realizar este cuestionario influyó mucho para que aprendiera de la importancia que tiene para mí no sólo lo teórico sino lo práctico y darme cuenta de las dificultades que pueden surgir. Dado que muchas veces tal vez no solo basta el diseño de un

cuestionario, pues no pensamos en pequeñas cosas que nos parecen “normales”. En el momento pasan desapercibidas, pero sí te das cuenta cuando lo estás viviendo y eres tú misma la que ejecuta el instrumento para investigar.

- ♣ Aprendí no solamente aplicar el cuestionario sino explicar en que consiste, para que las mujeres den su propio punto de vista sobre lo que les gustó del cuestionario y lo que no les gustó.
- ♣ Aprendí que no es conveniente obligar a las mujeres exigiéndoles que contesten ciertas preguntas que no desean contestar sino que ellas mismas vayan identificando los problemas que las aquejan de la realidad en que viven, pues muchas veces no identificamos los discursos que las mujeres nos quieren decir y los pasamos desapercibidos aspectos que son importantes. Creemos que eso es lo que deben contestar sin ver más allá de sus realidades.
- ♣ Aprendí que existen diversos discursos que pueden afectar la dignidad de las mujeres. Las culturas y los contextos de las mujeres son diferentes en donde muchas veces se generan estereotipos que las dañan mucho, por ejemplo al discriminarlas por estar embarazadas. Sin embargo, al realizar el cuestionario me pude dar cuenta que existen estereotipos de una mujer embarazada, los cuales no solo se refieren a las características físicas sino que están presentes otras condiciones que tienen que ver con el género, la historia y el contexto.
- ♣ Aprendí que esto se relaciona con Promoción de la Salud, pues las relaciones de poder que viven cada una de las mujeres, muestran como es condicionado el proyecto de vida de algunas de ellas.

- ♣ El cuestionario influyó en mi vida debido a que ahora puedo mirar las cosas de diferente manera a como las concebía antes de aplicar el cuestionario a las mujeres, pues debió haberse dado la escucha, el diálogo y la reflexión en las mujeres. En el cuestionario se impidió ver en las mujeres como es su proyecto de vida y las problemáticas que han tenido que enfrentar. El cuestionario significó mucho para mí y para que me diera cuenta que las madres adolescentes sufren violencia simbólica a través de relaciones de poder.

A modo de conclusión, puedo decir que al realizar una investigación cuantitativa no se tomó en cuenta el contexto de vida de las jóvenes madres ya que no se conocen sus experiencias, pues al utilizar un cuestionario no se pudo mirar como son los problemas de salud y no se pudieron conocer sus sentimientos, emociones, sufrimientos, frustraciones, tristezas, alegrías, creencias, costumbres, etc. Pero desde la Promoción de la Salud se puede ver a las mujeres como sujetos-éticos a través de respetar sus ideas, valorar sus propios puntos de vista y escuchar cada uno de sus argumentos, esto sin imponer relaciones de poder. Estos elementos salieron a la luz cuando se les permitió que dijeran más allá de lo que se les preguntó en el cuestionario y pudieron expresar sus propios sentimientos como se menciona en el segundo capítulo al utilizar una investigación cualitativa (entrevista en profundidad).

Al realizar el análisis crítico del cuestionario a madres adolescentes observé la violencia simbólica, por medio de que el personal de investigación impusiera de manera “normal” reglas dentro del instrumento de investigación como forma de dominación al hacia las jóvenes madres adolescentes. Ya que la violencia simbólica impone coerción, es decir hacer las cosas a la fuerza, en este caso por los dominadores (personal de

investigación) sobre las dominadas (madres adolescentes). Es una fuerza que obliga de manera “natural” a incorporarse en la relación de dominio.

Concluyo que este tipo de cuestionario impidió conocer otros aspectos importantes, pero también, desde un enfoque cualitativo, un cuestionario más abierto y flexible, puede permitir recabar información más amplia y significativa, desde la perspectiva de las mujeres.

En los resultados de esta estrategia metodológica se han dado algunas pistas del capítulo dos. Sin embargo, ahora en el cuarto capítulo, presentaré con detalle las respuestas y las estrategias de análisis para comprender cada uno de los tópicos encontrados durante las entrevistas en profundidad.

CAPÍTULO IV. UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

A continuación se presenta una descripción de la estrategia de análisis de datos de las entrevistas en profundidad y se exponen las categorías utilizadas desde la Promoción de la Salud para dar cuenta de los tópicos encontrados.

4.1 Los hallazgos sobre madres adolescentes

Para organizar el material de campo obtenido (entrevistas en profundidad), lo primero que hice fue transformar las entrevistas a texto y las leí varias veces. Después busqué los temas que se encontraban en las entrevistas y realicé una lista de lo que se repetía para usarlo como categorías de análisis. (Ver anexo 4).

Cuando construí el análisis de este trabajo, lo primero que hice fue realizar cuadros analíticos para poder explicar cada categoría encontrada, como las relaciones escolares, de pareja, familiares, laborales, médicas, etc. Además diseñé matrices de análisis en tablas. Las cuales dividí por filas y por columnas para ir vaciando la información del análisis. En cada una de las filas escribí los conceptos desde la perspectiva emancipatoria de la Promoción de la Salud y describí lo que sobresalió de acuerdo a lo que contenían las categorías de análisis en las entrevistas en profundidad a madres adolescentes. Esto me permitió comprender cómo son los capitales, las capacidades humanas, los niveles de salud, las inscripciones corporales, corporeizaciones, el proyecto de vida y el problema de salud. Por otro lado, en las columnas escribí el título de cada tema y el número de la entrevista.

En la primera tabla, realicé el análisis de manera general en las tres entrevistas; combiné las categorías del modelo emancipatorio de la Promoción de la Salud con los principales tópicos de las entrevistas. A través de la ello, pude hacer una comparación para obtener un mejor análisis. (Ejemplo: tabla 1, Ver anexo 5).

Análisis	Entrevista No. 1	Entrevista No. 2	Entrevista No. 3
Descripción General	La entrevista 1 (E1), tiene 21 años de edad, tuvo un bebé a los 15 años, actualmente vive con sus papá, su mamá y su hermana, tiene una niña de cinco años, vive en la delegación Coyoacán en México D.F. y estudio en una secundaria diurna cerca de su domicilio.	La entrevista 2 (E2), tiene de 20 años de edad, tuvo un bebé a los 14 años, vive en la delegación Xochimilco en México D.F. Ella vive con su papá y con su hermano, tiene un niño de seis años de edad, estudio parte de su educación secundaria cerca de su domicilio.	La entrevista 3 (E3), tiene 23 años de edad, tuvo un bebé a los 16 años, ella vive la delegación Magdalena Contreras en México D.F. Vive con su pareja, tiene dos niñas, la primera tiene seis años y la segunda tiene un año y medio.
Capitales	<p>1) Social: (bajo)</p> <p>Porque ya no cuenta con sus amigos de antes, no cuenta tampoco con el apoyo de su pareja ni con sus suegros. Este capital se ha modificado porque no existió una buena relación con su pareja por infidelidad y la violencia a través del maltrato, y también porque él nunca fue responsable con su hija.</p> <p>La relación de la (E1) con sus papás es buena pues se lleva bien con ellos y con su hermana, al igual que con sus primas. Los vínculos que tiene la (E1) con sus papás han ayudado a sobrellevar el estrés, la presión y la depresión desde que se caso y se embarazó en la adolescencia, por ejemplo, ella menciona que si no hubiera tenido con el apoyo de sus papás no llevaría la vida que tiene actualmente, ya que ella es madre adolescente y no hubiera sabido planear como llevar una vida a lado de su hija, sus primas juegan un papel importante dentro de su red, ya que cuando ella acababa de salir del hospital la apoyaron mucho, pues estaban al pendiente de lo que necesitaba y le ayudaban con los cuidados de su hija y de ella pues la vendaron, le ayudaron a bañar a su hija y hasta le preparaban los biberones.</p>	<p>1) Social: (bajo)</p> <p>Porque ya no cuenta desde su niñez con la figura materna, sus amigos de la secundaria no la trataron de la misma manera, pues se alejaban de ella, su papá de enojo mucho con ella cuando supo que estaba embarazada y ya no le tenía la misma confianza, ya no la querían ni respetaban como antes, su hermano al principio de enojo, sus tías no la pueden apoyar como quisieran ya que cuentan con una familia.</p> <p>Nunca tuvo una relación con su pareja pues solo fue pasajera, tanto que nunca más lo volvió a ver ni a saber nada de él, pues no se quiso hacer cargo de su bebé ni de ella, por lo que la dejó sola con la responsabilidad.</p> <p>Su papá y su hermano son con la red con la que cuenta la (E2) puesto que no tiene mamá. Por lo que a ellos solo los ve cuando llegan del trabajo, la apoyaron en lo que pudieron cuando salió del hospital, le ayudaban a cuidar a su bebé, su papá hasta le trajo unas hierbas para que se bañará ya que habla quedado un poco hinchada después del parto, su hermano le ayudaba cuando llegaba de su trabajo para que ella pudiera realizar las labores</p>	<p>1) Social: (alto)</p> <p>La (E3) cuenta con el apoyo de sus familiares como sus tías, sus primas, así como también por el apoyo de sus papás y de sus hermanos los cuales la ayudaron cuando ella estaba embarazada, pues sus tías y sus primas le obsequiaron varias cosas para la bebé y después del parto su mamá le ayudaba a cambiarse puesto que acababa de tener a su bebé.</p> <p>Desde que se embarazo tuvo una buena relación con su pareja, pues siempre la ha apoyado en todos los aspectos tanto emocionales como económicos, así mismo lleva una buena relación con sus dos hijas pues hasta le gusta jugar y convivir con ellas.</p> <p>2) Cultural: (bajolalto)</p> <p>Porque no contaba con los conocimientos necesarios para ser madre ni llevar una relación de pareja ya que estaba muy joven y pues solo tenía los conocimientos que había aprendido en su casa a través de sus papás y la convivencia con sus hermanos. También porque sus saberes estaban basados en lo que había aprendido en la secundaria,</p>

Imagen 1. Matriz global de análisis de hallazgos de investigación de campo. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente puedo decir que en esta tesis se presenta la forma en como se realizó el análisis de cada una de las entrevistas a través de realizar matrices de tablas. En donde se describe cada una de las categorías de la Promoción de la Salud y además pude comparar cada una de los tópicos o temas del análisis. La comparación me permitió establecer cuales aspectos están relacionados entre sí y así tener un mejor manejo de datos durante el análisis. Decidí utilizar las tablas como una alternativa de apoyo a este trabajo para dar cuenta de cada categoría y de los hallazgos encontrados. La realización de las tablas fue una opción de gran utilidad para dar cuenta de las categorías de análisis sobre la realidad de las jóvenes madres.

4.2 Análisis de las entrevistas en profundidad a madres adolescentes

Como ya mencioné en los capítulos anteriores de este trabajo, para el análisis realicé tres entrevistas en profundidad a jóvenes madres que participaron del cuestionario durante el Servicio Social. Las relaciones de poder causan daño a la integridad psicológica, física, mental y emocional de las mujeres. Por lo que pude dar cuenta que las relaciones de poder se encuentran presentes dentro de las siguientes categorías como en las relaciones: familiares, pareja, escolares, laborales, médicas, etcétera. Durante el análisis observé que hay relaciones de poder que se dan de manera sutil, es decir, que no se ven y que muchas veces las jóvenes madres han “normalizado”.

Encontré que existen relaciones de poder y que son ejercidas desde los diferentes escenarios o ambientes donde se desenvuelven las jóvenes madres dentro de la vida cotidiana.

Para comprender un poco más acerca de las relaciones de poder, a continuación muestro de manera más detallada el análisis de las entrevistas en profundidad.

a) Relaciones de poder:

En el análisis de las entrevistas en profundidad, me percaté que el embarazo no sólo tiene que ver con el hecho biológico sino con el contexto y las subjetividades de las mujeres.

Con las entrevistas entendí que las instituciones educativas no intervinieron para impedir que las jóvenes fueran sometidas por la acción del poder desde el escenario escolar. Donde las madres adolescentes son discriminadas cuando son ignoradas, reciben insultos y no son valoradas por los estudiantes y profesores. Por lo que puede haber deserción escolar, cuando existen relaciones de poder en la institución educativa y algunas veces por no contar tener el suficiente capital económico.

En los discursos de las propias mujeres observé que son discriminadas a través del poder desde lo masculino. Por agresiones, al ofrecer o no el aporte económico en el hogar. Pues la condición de género femenino asigna ciertas tareas de forma “natural” a través de la subordinación. Por medio del ejercicio de roles tradicionales centrados en la crianza, el cuidado de los hijos (as) y el trabajo doméstico, así como la exclusión en los diferentes escenarios donde se encuentran.

Las mujeres al tener una relación sexual las llevó a embarazarse, porque el cuerpo femenino tiene fines reproductivos. Lo que ha impedido que puedan ser consideradas como sujetos-éticos, ya que su subjetividad está quedando aprehendida en la idea materna.

Dentro de las relaciones familiares me percaté que el poder es ejercido por los papás, al ser los sostenedores económicos y quienes ofrezcan el apoyo económico a las jóvenes madres.

En lo laboral me di cuenta que el poder es ejercido por los dueños de los medios de producción. Pues ellos tienen capital económico, ponen las reglas, deciden el tipo de labores a realizar, el horario, el salario a pagar, la forma de contrato y buscan al personal más idóneo para determinado puesto.

Las relaciones de poder se dan en las mujeres por ejemplo al no ser contratadas en el ámbito laboral por ser menores de edad y por discriminación al género femenino. Se puede dar discriminación al contratar a un hombre en lugar de una mujer. Pues ante las relaciones de poder suele existir una distribución desigual de salarios y en oportunidades de trabajo, ya que en las instancias laborales se oprime a las personas a través de políticas al no contratar a las mujeres embarazadas.

En las relaciones médicas me percaté que el poder es de manera asimétrica. Pues los trabajadores de la salud son los que tienen los conocimientos y los saberes “adecuados” para atender a las mujeres que van a tener a sus bebés. El personal de salud tiene autoridad para decidir sobre el cuerpo de las mujeres. Además, pueden decidir en el momento del parto y las mujeres se “someten” ya que se les impide tomar decisiones por ser “pacientes”. De esta forma, el poder se manifiesta a través del sometimiento del cuerpo y los del personal de salud justifican sus acciones por ser los conocedores en este ámbito.

Por lo que afectan no sólo el cuerpo sino la libertad y la dignidad de las personas. El cuerpo de las mujeres que tuvieron un hijo (a) durante su adolescencia, es un cuerpo que fue tratado como objeto por el personal de salud del hospital.

Finalmente al ir analizando me di cuenta que el personal de investigación del hospital ejerció el poder de manera asimétrica cuando aplicaron y guiaron el cuestionario. Cada una de las preguntas contenía respuestas de opción muy cerrada. Sin embargo, a las mujeres dentro de la investigación se les impidió expresar sus experiencias, ya que el cuestionario fue tomado de otro que estaba diseñado desde otra realidad. Por lo que las mujeres fueron vistas como objetos de estudio y no tomaron en cuenta sus subjetividades. En el cuestionario se buscó sólo la obtención de información y las mujeres no tuvieron una opinión propia.

b) Inscripciones corporales²⁹ y corporeizaciones³⁰:

En el caso de la primera entrevistada (E1), el personal de investigación la inscribe corporalmente al invitarla a participar del cuestionario y al no decirle el contenido del mismo. Se discriminaron sus puntos de vista sobre cada pregunta. En el caso de nuestra segunda entrevistada (E2), también hay evidencias de inscripciones corporales cuando la persona que les aplicó el cuestionario, le exigía y cuestionaba al contestar cada una de las preguntas. El tercero de los testimonios (E3), lo mismo sucede cuando le aplicaron el cuestionario impidieron poder expresarse, por lo que a ella no le importaron las preguntas del cuestionario debido a que fueron de opción

²⁹ Para este trabajo defino que las inscripciones corporales son las que inscriben al cuerpo, graban discursos o imprimen huellas normativas a través de significados notables en el cuerpo físico de las personas y se pueden connotar por quienes ejercen las relaciones de poder. Chapela y Cerda (2010: 102) dicen “las inscripciones en el cuerpo son: marcas, cortaduras, raspaduras, escrituras sobre los cuerpos, que resultan de la práctica y experiencia en los campos, de la acción del poder y de las prácticas emancipadoras del ser, que suceden el cuerpo mismo que se constituye como lugar de convergencia de los procesos externos e internos, objetivos y subjetivos, del ser humano”.

³⁰ En este trabajo defino que las corporeizaciones son producto de la construcción de valores, significados, sentimientos, representaciones que circulan socialmente.

múltiple. Las tres entrevistadas se corporeizaron con estas relaciones de dominación y “normalizan” el hecho de que no les permitieran hablar.

Al realizar el análisis observé que en la (E1), los médicos del hospital la mandaron a caminar siendo que ya tenía los dolores de parto. La infantilizaron al llamarla “hija” e inscribieron su cuerpo a través de realizarle una cesárea. En la (E2), el poder de los médicos se inscribió en su cuerpo al tratarla sólo como un “paciente” más a la que tienen que atender y fue agredida a través de las risas de las enfermeras en el momento del parto. En la (E3), los médicos no le hacían caso para atenderla y la mandaron a caminar, siendo que tenía los dolores de parto. También la infantilizaron al llamarla “hija”. En las tres entrevistas se observan las relaciones de poder que inscribieron los médicos al no ser tratadas con dignidad y con respeto, sino que hubo daño moral al no ser atendidas como ellas merecían y tuvieron miedo en el momento del parto. Entre las mujeres estos tatuajes normativos se corporeizan a través de “normalizar” los discursos médicos cuando las infantilizan por ser menores de edad en términos legales. El poder se hace evidente a través de ser tratadas sólo como “pacientes” a las que hay que atender en el momento del parto. Si bien hay recomendaciones para que las mujeres se muevan y caminen antes y después del parto. Pero la violencia simbólica de la que les he hablado se hace evidente en la manera de aplicarlo en los hospitales, las jóvenes muestran emociones corporales a través del enojo al no ser atendidas en tiempo, forma y espacio.

Así mismo, durante el análisis me percaté que en la (E1), la inscribieron al impedir ingresar al mercado laboral primero por ser menor de edad, luego por la falta de experiencia y la única opción que ha tenido es por medio de trabajos eventuales. En la (E2), al no encontrar un trabajo que sea digno y como no le queda otra opción termina

laborando en una tienda donde es explotada. En la (E3), por pertenecer al género femenino, ser menor de edad y no tuvo las prestaciones correspondientes que marca la ley. Las tres entrevistadas hablan de la falta de mejores oportunidades laborales, con un salario mal remunerado y de explotación. Por lo que corporeizan ciertas emociones como impotencia, desánimo y hasta depresión al por no encontrar una opción de trabajo, por el hecho de ser mujeres menores de edad, que les permita ofrecer las mejores condiciones de vida a sus hijos (as).

La (E1), sigue viviendo con sus papás quienes proveen la economía de su hija y ella. Mi entrevistada es inscrita corporalmente cuando sufre regaños de sus familiares y en ocasiones la agreden verbalmente cuando llega tarde a casa al no encontrar trabajo. La (E2), sufrió rechazo de su papá y su hermano cuando se enteraron de que estaba embarazada y esto propongo entenderlo como inscripción corporal. La (E3), es rechazada al principio del embarazo por sus familiares cuando se encuentra embarazada, siendo está la inscripción y su corporeización.

En la (E1), sufre inscripciones corporales a través de agresiones verbales y hasta físicas por su pareja, pues no fue valorada como mujer ni como madre. En la (E2), por el abandono de su pareja al enterarse de su embarazo. Las corporeizaciones que de ello se derivan son emociones de soledad y rechazo al ser abandonadas por sus parejas. Ante la desigualdad de género, una de las más comunes inscripciones corporales, a las mujeres les corresponde hacerse cargo de los cuidados de los hijos (as).

Entre las inscripciones corporales que estas jóvenes sufrieron en el espacio escolar se pueden notar que la (E1), cuando su pareja le impide asistir a la escuela cuando se encuentra embarazada, por celos a sus compañeros del salón. En la (E2 y

E3), sus compañeros ya no se querían juntar con ellas al estar embarazadas, ya que existen normas sociales dentro de la institución educativa. Las corporeizaciones que se produjeron como consecuencia fue que las mamás adolescentes mostraron ciertas emociones corporales como culpabilidad, rechazo, vergüenza, rabia y tristeza al encontrarse embarazadas.

c) Capitales:

En relación al análisis de los capítulos, según Bourdieu el capital es la riqueza del campo y su apropiación y control el objeto de lucha.

Desde mi propia perspectiva, los capitales son recursos que poseen las personas para alcanzar sus aspiraciones a futuro. Estos recursos se pueden estar en juego y ser intercambiados entre sí, en los escenarios donde interactúan las personas.

Bourdieu (citado por Giménez, 2002) dice: la posición de los individuos en un campo específico está determinado por el volumen de capital económico (dinero, bienes, propiedades, inversiones, como el tiempo, etc.). El capital social (relaciones, contactos, membresías, parentescos, etc.). El capital cultural (información, saberes, conocimiento socialmente validado, etc.). Asimismo, el capital cultural objetivado (libros, hemerografía, archivos, bases de datos, música, videos, objetos de arte, etc.), de capital cultural subjetivado (consumo, apropiación, interiorización de la cultura objetivada) y de capital cultural institucionalizado (títulos, constancias, certificados, diplomas y otras formas de acreditación institucional). El capital simbólico trata de ciertas propiedades que parecen inherentes a la persona misma del agente, como la autoridad, el reconocimiento, el prestigio, la reputación, el crédito, la fama, la notoriedad, la honorabilidad, el buen gusto, etc.

A los capitales los categorizo de la siguiente forma: a) Alto: Cuando el capital cumple con las características para ser usado como recurso y así elevar el nivel de salud en una persona. Esto quiere decir que el capital está en juego, por lo tanto es utilizado satisfactoriamente y puede haber un intercambio con otro capital. b) Medio: Cuando no puede ser utilizado como recurso sino que existen rasgos que le impiden llevar a cabo el juego de capital. Esto quiere decir que no se encuentra en juego este capital por completo sino que hay algo que imposibilita el intercambio con otro capital. c) Bajo: Cuando el capital no es usado totalmente como recurso para elevar el nivel de salud en una persona. Esto quiere decir que el capital no se encuentra en juego y por lo tanto no puede intercambiarse con otro capital.

A continuación describo a los capitales en las tres entrevistas en profundidad a madres adolescentes:

En la escuela:

El capital social con el que cuentan las tres entrevistadas, puedo decir que no contaron con el apoyo de sus amigos y fueron discriminadas por las normas que existen en el ámbito escolar. Mostrándose así, que al estar embarazadas las jóvenes no recibieron el mismo trato por sus profesores y compañeros. Por ejemplo en la (E2), dice lo siguiente: “yo me embaracé cuando iba en la secundaria...y en la escuela ya no fue el mismo trato, ni con mi familia ni con mis amigos, mis amigos se alejaban” y en la (E3) dice: “faltaban como tres meses para terminar la secundaria, por lo que al enterarse de mi embarazo ellos comenzaron a criticar y hasta pintaban cosas bien feas sobre mi en las bancas del salón y pues todo el grupo se entero y ya casi nadie me hablaba”.

Las tres madres adolescentes no continuaron estudiando debido a que no cuentan con el capital económico. Además dejaron la escuela por normas impuestas dentro de las instituciones educativas.

El capital cultural con el que cuentan las tres entrevistadas es través de los conocimientos adquiridos en la secundaria. Aunque este capital se ha ampliado a través de nuevos conocimientos, por los saberes adquiridos al desarrollarse como madres durante la adolescencia y por las experiencias que han ido forjando a través de todo este tiempo.

En el capital simbólico observé que a veces las mujeres tienen un reconocimiento propio dentro de la escuela y pueden ser tratadas con respeto. Por ejemplo la (E1) dice lo siguiente: “porque si yo era la única embarazada del grupo y allí todos me decían hay que bonito, que iban. Y mis amigos de la secundaria y que conozco de años...”

Considero que en ocasiones no hay ningún tipo de crédito o prestigio tras ser madres adolescentes. Por ejemplo en la (E3): “me veían con mala cara, bueno esos fueron los del salón, pero mis verdaderas amistades siempre estuvieron conmigo”.

Con la familia:

El capital social está presente cuando las jóvenes tienen el apoyo de sus papás, hermanos (as), primos (as), de tíos (as) etcétera. Me di cuenta que en ocasiones a las mujeres les brindan cuidados al ser madres. Por ejemplo en la (E1): “me han cuidado mucho y como fue cesárea, lo que era una de mis primas, me venía a vendar en lo que yo me bañaba, ella bañaba a mi hija, hasta eso si fue muy buena, mi mamá me dejaba el desayuno, me hervían las mamilas...”.

Aunque no siempre las jóvenes madres cuentan con una figura materna o paterna que las apoye. Por ejemplo: La (E2) dice: “no tengo mamá, y pues en los aspectos referentes a como crece el estomago y como va evolucionando... el que se hace cargo de todo, todo lo económico, esa persona es básicamente mi papá”.

El capital económico con el que cuentan las tres madres adolescentes es porque sus familiares les brindaron este recurso antes y después de encontrarse embarazadas. Por ejemplo la (E3) dice lo siguiente: “mis familiares fueron los que me estuvieron apoyando económicamente pues en un principio mi papá me dio para los gastos del ultrasonido...”.

En cuanto el capital cultural se ha ido forjando en las jóvenes a través de los conocimientos que les brindan sus familiares. Por consejos, información y saberes adquiridos de sus propias experiencias. Por ejemplo en la (E1) dice: “en mi casa, era que me enseñaron... a defender mis derechos y bueno me enseñan y porque, porque me va a tratar así, si todos somos iguales”. Y en la (E3): “algunos de mis familiares me decían que me cuidara mucho y que no hiciera mucho esfuerzo, porque acababa de tener a mi bebé...”.

Según Bourdieu el capital cultural también se puede obtener de libros, archivos, música o videos, etcétera. Por ejemplo en la (E1) dice: “los últimos {<<<} dos meses estuve viendo programas en Discovery con imágenes de partos y de propedéutico, del Internet...”.

El capital simbólico se da en las tres entrevistas cuando reciben un reconocimiento, reputación y prestigio por sus familiares a través de ser valoradas por ser hijas y madres. Aunque no siempre las mujeres tienen un reconocimiento, ya que a veces reciben malos tratos por sus familiares. Por ejemplo la (E2) dice: “me trataron

pésimamente, me decían hasta de lo que me iba a morir no, ósea por la tontería que hice de embarazarme...”

En el trabajo:

Se puede notar que las tres entrevistas no cuentan con el capital social, porque es difícil que conozcan a personas que les puedan orientar para encontrar un lugar en donde puedan trabajar y donde las traten con integridad y dignidad. Considerando que no es fácil ser contratadas al ser menores de edad y al no tener los estudios necesarios. Las relaciones de poder han impedido que en algunos casos puedan ser tomadas en cuenta en este campo. Por ejemplo la (E1) dice: Entonces llega un momento en el que, porque encontraste trabajo, que porque llegas tarde, que porque no encuentras trabajo, que porque no encuentras trabajo, entonces {:::} si es un ir y venir y como que se siente el pie aquí en el cuello”.

En las tres entrevistas encontré que no cuentan con el capital cultural institucionalizado debido que no tienen los conocimientos técnicos para desempeñarse en algún trabajo, ya que sólo cuentan con los estudios de educación básica (secundaria). No cuentan con títulos, constancias, diplomas y otras formas de acreditación institucional. Mostrándose así el capital simbólico, en donde las mujeres no cuentan con un reconocimiento para validar sus estudios que les permita ser acreditadas en el campo laboral. Surgiendo así, discriminación por no contar con los estudios suficientes, al pertenecer al género femenino y ser menores de edad.

Las tres entrevistas no cuentan con la experiencia “necesaria” ni con los conocimientos para poder laborar y por lo tanto no les ofrecen un empleo bien remunerado. En lo laboral el capital económico es bajo, debido a que no reciben un salario bien remunerado ni con las prestaciones que marca la ley.

Con la pareja:

Hay capital social cuando las jóvenes pueden tener una buena relación y cuando son apoyadas por sus parejas cuando se encuentran embarazadas. Por ejemplo en la E3: “mi pareja también me apoyo cuando tuve a mi hija pues me traía las cosas que necesitaba como los pañales, la leche, y algunas cosas de la casa, me ayudaba con los cuidados de la niña, también me ayuda a lavar la ropa...”

El capital económico en las mujeres se muestra que no cuentan con el apoyo económico de sus parejas. Por ejemplo en la (E1): “hay, la presión, porque, ósea al tener un hijo y más al ser mamá soltera, porque no recibir ningún apoyo del padre...”

En cuanto el capital simbólico en las relaciones de pareja, observé que las jóvenes no siempre reciben un reconocimiento por parte de sus parejas, pues les brindan malos tratos y son no son valoradas. Sin embargo, a veces son valoradas y reciben créditos por sus parejas al ser madres. Cuando las ayudan en lo doméstico, en el cuidado de los hijos (as) y aprecian la maternidad. Esto lo observé, por ejemplo, en la tercera entrevista en profundidad, pues su pareja la ayuda con los quehaceres del hogar y en lo económico.

Con los profesionales de la salud:

a) Médicos y enfermeras:

El capital social, se muestra que las mujeres no conocen al personal de salud que las atienden cuando van a tener a sus bebés. Son marginadas por pertenecer al género femenino y por ser “pacientes”.

Las mujeres no contaron con el capital económico suficiente, para poder pagar otro hospital en donde fueran atendidas dignamente. Por ejemplo en la (E1) dice: “en el

hospital, que, que este era prematura y ya me quería poner una inyección para que se me pasarán los dolores...para amanecer sábado y dice tu empezaste con la dilatación desde el martes... vio que había muy poco líquido, para un parto natural, dice cesárea hija, ahora si te ganaste una cesárea... la dilatación la empecé el martes en un centímetro y empecé a caminar y a caminar y ya me dijo la doctora de cuarenta y ocho a setenta y dos horas hija ya es porque ya va a nacer tu bebé...”

En las jóvenes el capital cultural surge por las relaciones de poder asimétricas, porque los profesionales de la salud tienen el poder a través del saber médico y efectivamente las madres adolescentes no tienen los conocimientos porque no estudiaron medicina. Por ejemplo en la (E3): “ya tenía los dolores fuertes pero me dijo que todavía me faltaban unos centímetros de dilatación para que naciera mi hija y este me dijo hija vete a caminar porque todavía te falta mucho”.

El capital simbólico en las relaciones médicas, se muestra que no siempre existe un reconocimiento cuando van a tener a sus bebés, pues no reciben las atenciones ni los cuidados adecuados por los médicos ni por las enfermeras. Se da un daño emocional por no ser atendidas a tiempo y sin dignidad e integridad. Las mujeres sienten tristeza porque reciben discriminación al ser tratadas sólo como “pacientes”. Por ejemplo en la (E2): “me pusieron en una cama y lo primero que hicieron, fue hacerme el tacto, cuanta dilatación tengo...fue por parto natural y el doctor que me atendió fue muy déspota, y me dijo: pújele, pújele, porque sino no llega el bebé. Y las enfermeras pues nomás, como locas se quedaban escuchando y se reían”.

b) Investigadores del Sistema de Salud:

El capital cultural en las mujeres es diferente cuando se pone en juego al ser encuestadas porque carecen de conocimiento de lo que se trataría el cuestionario. Como por ejemplo la (E1) dice: “me empezaban a preguntar varias cosas...sobre los métodos anticonceptivos que utilizó, algo así, si asisto a la escuela, en donde yo conteste que no”.

El capital simbólico está anulado en este caso ya que en las relaciones con el personal de investigación se muestra que no se preocupan por el tipo de preguntas dirigidas hacia las madres adolescentes. Las personas que aplican el cuestionario no valoran ni toman las emociones y subjetividades de las jóvenes madres. Por ejemplo en la (E3) dice: “entonces para ellas hasta se molestan quieren que uno les conteste y ¿por qué no? oiga pues es que ya es meterse en mi vida... cuántas veces este me pasó jugando videojuegos? hágame el favor, si ven que tengo que cuidar al niño a que hora me voy a dar ese tiempo para jugar...”.

Puedo ver que ningún capital se construye de manera independiente, cada uno de ellos puede favorecer al juego de capitales e intercambio y la red de vínculos puede facilitar el acceso a alguno de los capitales en las madres adolescentes. Por ejemplo el acceso al económico por el cultural y viceversa. Puedo decir que el juego e intercambio de capitales coadyuvan a definir valores, reglas, objetivos y rasgos de identidad en las personas.

Sin embargo, se puede observar en las tres entrevistas en profundidad que las mujeres no siempre reciben son reconocidas en ningún lugar como madres, mujeres, esposa, estudiantes, trabajadoras etc., debido a que están presentes las relaciones de

poder. Lo que ha impedido en ocasiones que no pueda haber intercambio de capitales en las mujeres en los diferentes campos donde se encuentran.

d) Proyecto de vida:

El proyecto de vida de las madres adolescentes está condicionado cuando los patronos o dueños de los medios de producción no contratan a las mujeres menores de edad legalmente, por políticas, “ideales” y estereotipos sociales. Ante esto surge la desigualdad económica por la falta de oportunidades laborales, los bajos salarios, la discriminación al género femenino y la explotación. Lo que ha impedido que las mujeres puedan ejercer sus capacidades humanas y por lo tanto no tener altos niveles de salud.

En las relaciones de parejas se expresan roles que la misma sociedad ha impuesto a lo largo de la historia de la humanidad. Donde los hombres ejercen un poder de dominación relacionado con el espacio extradoméstico, siendo los sostenedores económicos y tienen mayor libertad para salir a divertirse. En cambio a las mujeres se les relaciona con roles desde el espacio doméstico y con el cuidado de los hijos (as). Surgiendo así, una desigualdad que se plasma en la jerarquía, en lo económico y en la inequidad de responsabilidades entre lo masculino y lo femenino. Lo que impide que las mujeres puedan desarrollarse como madres, esposas, trabajadoras y se manifiesta en la limitación del ejercicio de las capacidades humanas y se plasma a través de condicionar el proyecto de vida en cada una de ellas.

En las relaciones médicas existe una asimetría entre médico/paciente, los profesionales de la salud subordinan a las mujeres que van a tener un hijo (a) por medio de un lenguaje técnico e identifican el cuerpo como objeto al que hay que atender e ignoran el sufrimiento humano. Por lo que las jóvenes madres al ser tratadas sólo como

“pacientes” se subordinan a la jerarquía y al saber médico. Lo que limita su capacidad política al no poder decidir sobre su cuerpo en el momento del parto. Esto obedece a la desigualdad política, económica, cultural y social generada dentro del sector salud. Lo cual contribuye a que no se que ejerzan sus capacidades humanas y que se condicione el proyecto de vida al no ofrecerles una atención gratuita, de calidad, eficaz y un trato digno.

Las mujeres se subordinan a sus padres al depender económicamente y al establecerse normas y reglas dentro del hogar. Se condiciona el proyecto de vida cuando sus familiares les impiden que ellas mismas logren independencia a través de ser ellas mismas quienes se hagan responsables de los gastos de sus hijos (as), al negarles la oportunidad para ejercer sus capacidades humanas libremente.

Las instituciones educativas condicionan el proyecto de vida en las madres adolescentes al discriminarlas los profesores y compañeros cuando se encuentran embarazadas. Esto evita que las jóvenes puedan desarrollar sus capacidades humanas dentro de este campo, porque se ejercen relaciones de poder a través de normas y reglas ya establecidas.

A manera de conclusión:

Como ya he mencionado, para llevar a cabo está investigación sobre madres adolescentes que se atendieron en el Hospital General «Dr. Manuel Gea González», realicé el análisis de cada una de las entrevistas en matrices de tablas y se me revelaron las siguientes categorías tópicos o temáticas: las relaciones escolares, de pareja, familiares, laborales, médicas y con el personal de investigación. Desde la

perspectiva emancipatoria en la Promoción de la Salud estos serían “campos” (tomado de Bourdieu).

Aquí me refiero a la vida en general de las mujeres, las relaciones de poder conllevan a las inscripciones corporales, las corporeizaciones y el condicionamiento del proyecto de vida. Producto de no tomarse en cuenta los aspectos de la maternidad desde los diversos espacios donde se desenvuelven.

Me di cuenta que la maternidad no sólo puede verse desde lo biológico sino desde diversos contextos. Donde la sociedad crea obstáculos a través de la exclusión y la nula participación social en los diversos escenarios donde se encuentran, ya que la sociedad puede discriminar a las mujeres cuando se encuentran embarazadas en la adolescencia y más aún si no están casadas. Se les denigra por medio de roles surgidos a lo largo de la historia de la humanidad y se les niega la oportunidad de tomar control sobre ellas mismas. Ya que son vistas sólo para la procreación, lo doméstico y el cuidado de los hijos (as).

En este análisis encontré que las relaciones de poder juegan un papel muy importante dentro de las jóvenes madres. Al existir discriminación hay un sometimiento que puede generar obstáculos en los diversos espacios y esto afecta a las mujeres desde la maternidad. Negando que ellas mismas puedan tener control sobre sus cuerpos y limita el ejercicio de cada una de sus capacidades humanas y por consiguiente la autonomía.

A continuación mencionaré como los proyectos de vida pueden ser viables a las aspiraciones de los planes a futuro en una madre adolescentes:

En el campo laboral cuando les brindan mejores oportunidades para acceder a un trabajo digno y estable como lo marque la ley. Con las condiciones adecuadas aún

siendo menores de edad, para que se sientan valoradas como mujeres y como trabajadoras. Al ofrecer la oportunidad para acceder a un puesto de mayor jerarquía y que no sean discriminadas por ser mujeres madres adolescentes.

En el campo familiar cuando las mujeres ejercen cada una de sus capacidades humanas a través de que no sean discriminadas y que no les pongan obstáculos que las limite al ser madres, ya que una familia no siempre se forma desde lo tradicional sino que actualmente existen nuevas formas de familia, por ejemplo, cuando realicé el análisis encontré que las jóvenes son madres solteras.

Dentro de una relación de pareja surge cuando son tomadas en cuenta por sus parejas. Es decir, cuando son tratadas con dignidad como mujeres, esposas y como madres. Muchas veces los roles tradicionales generan distinción entre los sexos y puede existir autoridad desde lo masculino o lo femenino.

En el campo escolar a través de que no exista discriminación ni el impedimento para que una mujer pueda asistir a la escuela estando embarazada, ya que sufren discriminación dentro y fuera de la escuela. Esto limita las capacidades humanas, las cuales se pueden contemplar en los bajos niveles de salud generados por las relaciones de poder que se ejercen sobre ellas, pues no sólo basta verlas como estudiantes sino como madres.

En el campo médico, cuando les brindan las atenciones y las condiciones adecuadas al momento del parto. A través de ser tratadas con respeto y con dignidad. El proyecto vital es viable cuando ejercen sus capacidades humanas y deciden sobre el tipo de evento a tener. Por medio de conocer sus derechos como mujeres y como pacientes. Algunas veces no las toman en cuenta por pacientes menores de edad y las

discriminan cuando exponen sus cuerpos al saber médico. Generando maltrato físico al cuerpo, pues sólo se ven como pacientes o como objetos de estudio.

Las mujeres pueden ser tomadas en cuenta en una investigación, a través de ser ellas mismas, quienes expresen sus subjetividades al ser madres. Cuando son escuchadas y valoradas por el grupo de investigación. Mostrar interés a sus ideas y permitir que se genere un diálogo a través de intercambio de conocimientos para que surja una reflexión. Para que ellas reconozcan sus propias expectativas de vida al participar y que puedan revelar cada una de sus experiencias al ser mujeres madres adolescentes. No ver a las mujeres como objetos de estudio para obtener provecho propio sino dar a conocer que tenemos las mismas capacidades humanas y que no debemos limitar en ningún momento sino al contrario como promotores (as) debemos contribuir para que las jóvenes hagan uso de todas y cada una de sus capacidades humanas.

Durante el análisis observé que el ejercicio de las capacidades humanas en las jóvenes construye experiencias, en donde cada una de las capacidades aportan algo al ejercicio de unas con otras. Estás juegan un papel importante dentro de una madre adolescente, porque estás pueden ser bases para hacer frente ante cualquier vulnerabilidad u obstáculo y tener un proyecto viable a futuro.

Puedo decir, que las entrevistas en profundidad son una forma para investigar, ya que estamos invadidos de múltiples discursos y prácticas hegemónicas oficiales. Es por ello que como profesionistas en la Promoción de la Salud, debemos trabajar por validar y hacer que lo que se obtenga de las investigaciones en este campo sea tomado en cuenta, para comprender los significados expresados por los sujetos con los que trabajamos.

Después de haber analizado, interpretado y comparado las entrevistas en profundidad. Apoyándome en las categorías de análisis como en las relaciones escolares, familiares, laborales, pareja, medicas y el personal de investigación del cuestionario, descubrí las experiencias de vida en las madres adolescentes.

La entrevista en profundidad me permitió conocer como son las relaciones de poder y como éstas determinan los capitales, capacidades humanas, los niveles de salud, las inscripciones corporales, las corporeizaciones y el proyecto de vida de las mujeres.

En el análisis encontré que las relaciones de poder se manifiestan por medio de la discriminación de que son objeto las madres adolescentes en los diferentes escenarios donde se encuentran. Es decir, a través de las diversas formas de dominación económica, social y cultural.

La discriminación en las jóvenes se da por la desigualdad económica, política, social y cultural. Ya que dentro de una sociedad existen diferentes normas y disciplinas puestas a disposición del poder, sin que se tome en cuenta la voluntad ni la voz del otro. Pues las mujeres son subordinadas y consideradas como inferiores. Porque se encuentran bajo el mando del otro y desde un orden jerárquico en las relaciones: escolares, de pareja, laborales, familiares, medicas y en un instrumento de investigación. Durante el análisis me di cuenta que las mujeres comparten características similares como la opresión, ya que existe un orden social caracterizado por relaciones de dominación, establecidas y desarrolladas desde los diferentes escenarios donde se desenvuelven. Concluyo que el poder se expande y se articula en cualquier tipo de relaciones a partir del género, la etnia, la religión, la política, etcétera.

Puedo decir que las relaciones de poder constituyen la subordinación en las jóvenes madres a partir de mirarlas como inferiores en el sistema social constituido desde un paradigma social y cultural. Sin embargo, esto podría transformarse a través de tomar en cuenta a las mujeres como sujetos-éticos. A partir de que tomen sus propias decisiones de manera autónoma. Por medio de mirar sus subjetividades y reconocerlas como saberes, para que hagan de su proyecto vital una experiencia viable.

CONCLUSIONES

Dentro de este trabajo la maternidad en la adolescencia abarca y se construye más allá de aspectos por cambios tanto biológicos como psicológicos y responde a una construcción histórico/social a partir de las necesidades que determina una sociedad por roles que se generan de los diversos contextos. Pues existe una subjetividad detrás del concepto de adolescencia que se da simbólicamente y que se manifiesta a través de las propias experiencias de los seres humanos.

En este trabajo, se describen las diferencias entre los instrumentos de investigación cuantitativa y cualitativa. Porque son distintas las metodologías y sus fundamentos teóricos. La investigación cualitativa contribuye para llevar a cabo un análisis y mostrar con mayor detalle las experiencias de las madres adolescentes. Se observan las emociones, las costumbres, cultura y el contexto, etcétera. En cambio un instrumento de investigación cuantitativa sólo se obtiene un análisis por medio de sistematizar variables, en donde los resultados se muestran por medio de estadísticas, gráficas, porcentajes y números.

Por ello, el embarazo en la adolescencia se estudió desde lo cualitativo para tener una visión analítica a los conceptos a través de cuestionar los marcos teóricos que se han considerado vigentes a lo largo de un contexto histórico-social y se observaron las diferentes variaciones que han tenido las definiciones como las relaciones escolares, laborales, de pareja, familiares, médicas y con el personal de investigación.

Las madres adolescentes no sólo están condicionadas por estar embarazadas sino por las normas y el poder ejercidas de manera “normal”. Esto genera obstáculos en

el proyecto de los planes a futuro y presenta la inequidad desde el orden del género. Porque las madres adolescentes son las que juegan el rol de la maternidad y la mujer suele ser ignorada, criticada, discriminada por la desigualdad social en los diversos escenarios.

La investigación cualitativa permite conocer nuevos horizontes a la Promoción de la Salud a diferencia como se nos ha enseñado en diferentes discursos hegemónicos. Muestra un análisis más amplio y las relaciones de poder que se dan en las madres adolescentes. Es un buen eje para llevar a cabo investigaciones que contribuyan a ver de manera más holística las problemáticas que aquejan a las madres adolescentes, ya que un problema de salud individual ha de comprenderse de manera colectiva.

En este trabajo se muestran las características propias de las madres adolescentes a través de las emociones, sentimientos y subjetividades. Por ello, es conveniente que como profesionistas de Promoción de la Salud conozcamos las herramientas de investigación cualitativa para poder entender de manera crítica y holística las diferentes problemáticas que viven las mujeres.

Este trabajo permite a la Promoción de la Salud ver los capitales, las capacidades humanas, identificar las corporeizaciones, las inscripciones corporales de manera individual y/o colectiva de las jóvenes madres. A través de utilizar las herramientas cualitativas se puede observar los problemas de salud que aqueja a cada una de las madres adolescentes.

El trabajo cualitativo, deja un gran impacto para seguir conociendo el proyecto de madres adolescentes, por lo cual considero necesario, realizar nuevas investigaciones cualitativas que permitan generar distintas formas de mirar la salud a como se nos ha enseñado desde lo hegemónico. También analizar e identificar y conocer la realidad de

las jóvenes madres. Para tratar de mejorar e imaginar el presente y el futuro viable, ya que es una de las poblaciones vulnerabilizadas por la sociedad. Lo cualitativo nos muestra información sobre los contextos de la vida cotidiana y permite ver con mayor relevancia los aspectos que pueden estar dañando a la subjetividad de las mujeres.

Por lo tanto, considero necesario hacer mayor hincapié en la realización de nuevas políticas públicas con un enfoque de género desde la Promoción de la Salud, en donde no se descarte a la población de mujeres madres adolescentes. Pues se limita el contenido de la información de las jóvenes madres cuando se utilizan metodologías poco prácticas para conocer la realidad en la que viven. Por ello se deben realizar nuevas investigaciones desde otros enfoques epistemológicos que permitan conocer la realidad de las jóvenes madres a través de mirar los contextos y las problemáticas que enfrentan.

Lo que se busca es que se generen las políticas públicas adecuadas y de calidad desde un enfoque de género. En donde las mujeres puedan mejorar sus necesidades de la vida cotidiana.

Es de reconocer que el embarazo adolescente en México es un problema social, y quienes tienen el poder deben asumir una responsabilidad con las mujeres. Para desarticular no sólo la ancestral carencia de poder en las jóvenes madres sobre la realidad de vida.

Este trabajo está basado en una herramienta cualitativa (entrevista en profundidad) y desde las categorías de la Promoción de la Salud emancipatoria con las cuales se analizaron los temas o tópicos encontrados a lo largo del análisis a las madres adolescentes. De acuerdo a esto se concluye que el embarazo en las adolescentes no sólo es un problema de salud pública sino que también es un

problema social, en el que se debe mirar y considerar a las mujeres como sujetos-éticos.

Las mujeres tienen la capacidad para construir sus propios conocimientos y habilidades de manera autónoma, a través de mirar sus propias necesidades desde el contexto histórico/social en el que se encuentren. Esto puede generarse cuando las mujeres ejercen el control sobre sus cuerpos, para que construyan proyectos vitales que sean viables a futuro.

Finalmente, concluyo que la maternidad en la adolescencia surge de una construcción histórica-social a través de roles que se encuentran marcados no sólo por lo biológico y las normas sino por las relaciones de poder que se ejercen en los diversos escenarios o ambientes en donde se encuentran las jóvenes madres. Lo cual ha generado obstáculos para que se puedan desarrollarse desde lo económico, lo político, lo laboral, escolar, cultural, etcétera.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ-GAYOU, J.L (2004). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Editorial Paidós. México. pp. 65-90.

AMAR, José J. et, Al. (2005). *“Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras”*. Revista científica del programa de Psicología desde el Caribe. Julio, número 015, Barranquilla, Colombia. División de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad del Norte. pp. 1-17.

BALCÁZAR, Fabricio E. (2003). *“La investigación-acción participativa en psicología comunitaria”*. Apuntes de Psicología. Volumen 21, número 3. Chicago. Colegio Oficial de Psicólogos de la Universidad de Illinois. pp. 123-147.

BLAXTER, Loraine, et. Al. (2005). *Cómo se hace una investigación*. Biblioteca de Educación, herramientas universitarias. Editorial Gedisa, Barcelona. pp. 83-120.

BOURDIEU, P (1990). *“Sociología y cultura”*. México: Grijalbo/CNCA.

CALDERÓN SALAZAR, Karina (2008). *“Embarazo en Adolescencia. Un Modelo Centrado en la Persona”*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México, UNAM, pp.1-129.

CASTRO, Juan Manuel (1998). Marcos conceptuales de la Promoción de la Salud: Reflexiones para la práctica. Del Bosque, S.; González, J. y Del bosque, T. (compiladores) *¡Manos a la Salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad: Herramientas para la promoción de la salud*: México; CIESS/OPS, pp. 31-42.

CHAPELA, María del Consuelo y CERDA, Alejandro (2010). Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. México. UAM, Serie Académicos de CBS número 94, Págs.156.

CHAPELA, María del consuelo y JARILLO, Edgar (2001). “Promoción de la Salud. Siete tesis para el debate”. *Cuadernos Médico Sociales*, N° 79, pp.59-69.

CHAPELA, María del Consuelo (2007a). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. En Jarillo EC y Guinsberg E. (coordinadores). La salud colectiva en México. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. pp. 347-373.

_____ (2007b). Una definición de salud para promover la salud. En Martínez-Salgado, C. (coordinadora) *Seis miradas a la salud*. México: UAM-X, Serie Académicos de CBS, pp. 13-33.

_____ (2008). “¿Qué promoción de la salud ha fracasado?” En: Chapela, MC, (Editora), *Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México*. México: UAM, Serie Académicos de CBS número 87, pp. 91-116.

_____ (2001).

COUTIÑO OSORIO, Mirna Violeta (2008). *“Adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico, con crisis por cambios de vida”*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina. México, UNAM, pp. 1-24.

DÍAZ FRANCO, Edgar, et. Al. (2006). Percepción de las relaciones familiares y malestar psicológico en adolescentes embarazadas. Volumen 20. México. Departamento de Psicología, Instituto Nacional de Perinatología y Reproducción Humana. pp. 80-90.

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2006). Disponible en:
www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/español/prensa/conetnidos/estadisticas/2010/mujer10.asp?s=inegi&c=2753&ep=29 (consultada el 22 de marzo de 2011).

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). Disponible en:
www.insp.mx/ensanut/cuestionarios/adolescentes.pdf (consultada el 22 de marzo de 2011).

FERNÁNDEZ, J. Manuel (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu. Colección de Cuadernos de Trabajo Social. Volumen 18. pp. 7-31.

FOUCAULT, Michel (1987). *Historia de la Sexualidad*, México. Siglo XXI Editores. pp. 8-94.

_____ (1979). *Microfísica del poder*. Barcelona: Las Ediciones de la Piqueta.

_____ (1999). *Tecnologías del yo*. Madrid. pp. 47-49.

FUENTES C, María Eugenia (1998). Adolescente embarazada. Programa de Apoyo Emocional Editorial Universitaria. México. pp. 10-31.

GARCÍA-CANAL, María Inés (2002). *Foucault y el poder*. México: UAM-Xochimilco, División de las Ciencias y Humanidades. pp. 33-70.

GIMÉNEZ, G (2002). Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. Colección Pedagógica Universitaria, No. 37 de enero-junio/ 38 de julio-diciembre. México.

KAIT, Laura (2008). Madres, no mujeres. Embarazo adolescente. Barcelona. Ediciones del Serbal, pp.9-139.

MENDEZ, Eduardo (2005). Características del Modelo Médico Hegemónico. Salud Colectiva, La Plata, Volumen 1, enero-abril. México. pp. 9-32.

RUÍZ, Diego (2004). Nuevas formas familiares. Universidad de Granada, España. pp. 219-230.

SÁNCHEZ BRINGAS, Ángeles (2003). Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM. México.

SÁNCHEZ, Raúl, et. Al. (2009). Nuevos tiempos, nuevas familias: Aproximaciones etnográficas en el estudio de configuraciones familiares contemporáneas. Revista

Latinoamericana de estudios familiares. Volumen 1, enero-diciembre. Madrid, España. pp. 22-45. Disponible en: [www. revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef1_2.pdf](http://www.revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef1_2.pdf) (consultada el 22 de marzo de 2011).

S. J. TAYLOR, et. Al. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Editorial Paidós Básica. Barcelona. pp. 19-23.

VALLADARES SOSA, Oscar Gildardo (2006). “*Embarazo y fecundidad de adolescentes del D.F 2000 acción y valor durante el cambio de siglo*”. Tesis de Licenciatura. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. México, UNAM, pp.1-57.

VICARIO GALVÁN, María Soledad (2010). “*Adolescentes y embarazo: Impacto social, trascendencia y consecuencia: Una propuesta de trabajo bajo un enfoque Gestal*”. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México, UNAM, pp. 2-63.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), (consultada el 22 de marzo de 2011).

INDÍCE DE CONTENIDOS CD DE ARCHIVOS (ANEXOS)

Anexo 1. Carta de consentimiento informado	2
Anexo 2. Lugar de extracción del cuestionario	3
Anexo 3. Cuestionario de Calidad de vida a madres adolescentes	5
Anexo 4. Entrevistas en profundidad	29
Entrevista N° 1	29
Entrevista N° 2	47
Entrevista N° 3	57
Anexo 5. Análisis de las Entrevistas	67
Tabla 1. Análisis Global de las entrevistas en profundidad	68
Tabla 2. Relaciones escolares	76
Tabla 3. Relaciones de pareja	79
Tabla 4. Relaciones familiares	82
Tabla 5. Relaciones laborales	87
Tabla 6. Relaciones médicas	90
Tabla 7. Relaciones con el personal de investigación	95