

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACION EN PSICOLOGIA-CIEPs-
“MAYRA GUTIERREZ”**

**DEPRESION Y ESTRÉS EN NIÑAS EMBARAZADAS DE 10 A 13 AÑOS DE
ATENCION AL ADOLESCENTE Y AREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

JENY ELIZABET CASTELLANOS RODRIGUEZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA-CIEPs-
“MAYRA GUTIERREZ”

**DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN NIÑAS EMBARAZADAS DE 10 A 13 AÑOS DE
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE Y ÁREA DE MATERNIDAD DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL
HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
POR**

JENY ELIZABET CASTELLANOS RODRÍGUEZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2020

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA
DIRECTOR

LICENCIADA JULIA ALICIA RAMÍREZ ORIZABAL
SECRETARIA

M.A. KARLA AMPARO CARRERA VELA
LICENCIADA CLAUDIA JUDIT FLORES QUINTANA
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

ASTRID THEILHEIMER MADARIAGA
LESLY DANINETH GARCÍA MORALES
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

LICENCIADA LIDEY MAGALY PORTILLO PORTILLO
REPRESENTANTE DE EGRESADO

PARINOS DE GRADUACIÓN

POR JENY ELIZABET CASTELLANOS RODRÍGUEZ

ERWIN ENRIQUE CASTELLANOS HERNÁNDEZ

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 5236

RENÉ VLADIMIR LÓPEZ RAMÍREZ

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 9296

DEDICATORIAS

A:

Dios por ser el guía de mi camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

Mi mamá por ser la parte básica en mi vida, brindándome su apoyo incondicional en cada paso y hoy compartiendo una más de mis metas, gracias por tu amor, tus enseñanzas y tu tiempo que han logrado formar lo que soy.

Mi papá y padrino por su tiempo, los ejemplos de perseverancia que siempre me han ayudado a nunca rendirme, ni a dejar mis sueños, por el valor de progresar y siempre tener en cuenta las prioridades, gracias por tu apoyo.

Mis hermanos por estar siempre en cada momento de mi vida, por ser mis ejemplos de valentía, amor y amistad incondicional, por ser mis consejeros y amigos leales.

Mis sobrinos gracias por ser mis angelitos, por inspirarme a hacer cambios en mi vida para ser mejor persona y poder enseñarles con ejemplo a lograr metas, son el motor que me ayuda a seguir adelante, gracias por existir y ser luz en mi vida, los adoro.

Mi Ángel: por ser mi mayor tesoro, por tu apoyo y tu amor incondicional, por estar y entrar en mi vida en el momento preciso.

Mis familiares especialmente a mis abuelitas que están en el cielo, a mi abuelito que hoy está aquí, agradezco que me hayan compartido sus experiencias, anécdotas y los consejos, porque han marcado mi vida y me han hecho una mejor persona; y al resto de mi familia por su aprecio.

Mis amigos que siempre han estado ahí, gracias por haber compartido los momentos buenos y malos durante la carrera y fuera de ella.

Comité de Huelga de todos los Dolores por su amistad y por haber compartido momentos inolvidables de lucha por paz, justicia y por defender nuestros ideales.

Licenciados (as) agradezco su tiempo, consejos y especialmente sus enseñanzas que me convierten hoy en profesional.

Por último, quiero dedicarme este momento especial, único e inolvidable; felicitarme por no dejarme vencer, por confiar en mí y ser perseverante, ya que aprendí que el principal obstáculo está dentro de uno mismo.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida, que me brindaron cariño, amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía.

Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, saben bien que su amor, consejos y ejemplo no fueron en vano.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	01
Prólogo	02
CAPÍTULO I	
1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO	
1.01 Planteamiento de problema.....	05
1.02 Objetivos	08
1.02.1 Ob. Generales.....	08
1.02.2 Ob. Específicos.....	08
1.03 Marco teórico.....	09
1.03.1 Antecedentes.....	09
1.04 Contexto guatemalteco.....	10
1.04.1 Generalidades de la sociedad guatemalteca.....	12
1.04.2 Niñas, niños y adolescentes en su contexto económico	14
1.04.3 Niñez y contexto educativo.....	15
1.04.4 Situación de vulnerabilidad y desprotección.....	15
1.05 Depresión.....	16
1.06 Estrés.....	18
1.07 Embarazo.....	23
1.08 Embarazo precoz.....	27
1.09 Embarazo en edad ideal.....	35
1.10 Familia de la niña embarazada.....	37
CAPÍTULO II	
2. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	

2.01 Enfoque y modelo de investigación.....	44
2.02 Técnicas.....	44
Técnica de muestreo.....	44
Técnica de recolección de datos.....	45
Técnica de análisis de datos.....	45
2.03 Instrumentos.....	46
2.03.1 Protocolo de observación.....	46
2.03.2 Cuestionario.....	46
2.03.3 Test de Estrés de Hamilton.....	46
2.03.4 Estructura de la prueba de Estrés de Hamilton.....	47
2.03.5 Estructura de la prueba de Depresión de Hamilton.....	47
2.03.6 Consentimiento informado.....	48
2.03.7 Asentimiento informado.....	48
2.03.8 Planificación de talleres.....	48
2.04 Operacionalización de objetivos.....	51
CAPÍTULO III	
3. PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS	
RESULTADOS	
3.01 Características del lugar y de la muestra.....	54
Características del lugar.....	54
Características de la muestra.....	55
3.02 Presentación y análisis de los resultados.....	56
Gráfica 1 Promedio de nivel de estrés.....	56
Gráfica 2 Resultado de aplicación diagnóstica de estrés.....	57
Gráfica 3 Niveles de estrés de la prueba de Hamilton	63
Tabla 1 Resultado de aplicación diagnóstica test de depresión.	70
Gráfica 4 Promedio de Estrés vs. Depresión.....	71

Gráfica 5 Niveles de depresión	72
Gráfica 6 Niveles cúspide de estrés y depresión.....	73
3.02.1 Análisis general.....	74
CAPÍTULO IV	
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.01 Conclusiones.....	77
4.02 Recomendaciones.....	79
4.03 Referencias.....	80
Anexos.....	85
Carta de consentimiento informado.....	86
Carta de asentimiento informado.....	87
Protocolo de observación.....	88
Cuestionario.....	89
Test de Estrés de Hamilton.....	91
Test de depresión de Hamilton.....	92
Tabla de recolección de datos segunda estadística.....	93
Tabla de asistencia de talleres.....	95
Carné de control de asistencia.....	96

RESUMEN

“DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN NIÑAS EMBARAZADAS DE 10 A 13 AÑOS DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE Y ÁREA DE MATERNIDAD DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”

Autora: Jeny Elizabet Castellanos Rodríguez

El presente trabajo se gestó para establecer los niveles de depresión y estrés, determinar cuál de éstos es más frecuente en niñas embarazadas de 10 a 13 años; la experiencia traumática que padecieron las niñas repercutió totalmente en sus vidas por lo que se determinó el estado emocional durante el embarazo y cómo este suceso afectó sus sentimientos; se apoyó con ejercicios grupales a niñas con signos de depresión, también se brindó estrategias de manejo de estrés.

La muestra fue de 25 niñas embarazadas, a quienes se les observó, se les aplicó un cuestionario y se les evaluó con dos pruebas: Test de Estrés de Hamilton y Test de Depresión de Hamilton, además se practicó ejercicios grupales de visualización y relajación, se obtuvo asentimiento y consentimiento informados. En la presente investigación, se utilizó el enfoque cuantitativo con modelo descriptivo.

Se llegó a la conclusión que el padecimiento de estrés es más frecuente ya que como mecanismo de defensa se mantiene activo en el diario vivir enfrentando condiciones ambientales de estímulos o desafíos y la depresión es una enfermedad que se padece hasta niveles crónicos, aunque muchas veces se disfraza como otra patología, en este caso molestias propias del embarazo.

PRÓLOGO

Uno de los grupos más vulnerables en la sociedad guatemalteca es la niñez, con ingenuidad característica de su edad. Dentro de este grupo hay niñas de 12 y 13 años víctimas de abandono, amenazas, maltrato físico y psicológico, abuso sexual, carentes de protección, de información preventiva de abuso sexual o de otra índole, sin apoyo y con temor por un futuro incierto y que como producto del abuso sexual están embarazadas.

El embarazo precoz se padece en todos los estratos sociales, aunque hay una mayor incidencia del problema en familias desintegradas, donde los agresores generalmente son familiares o personas cercanas a la familia. Las niñas al saberse embarazadas se asustan, temen la reacción de los progenitores, se sienten avergonzadas, desorientadas, estresadas y/o deprimidas, y al buscar asistencia en instituciones de salud, se les requiere el acompañamiento de la persona que esté a su cuidado, por lo que en muchos casos se sienten presionadas y ponen en riesgo su vida y la de su bebé.

En este proceso de embarazo precoz, las gestantes manifiestan cierto nivel de estrés y/o depresión por lo que el objetivo del presente estudio es establecer el nivel de depresión y estrés e identificar cuál es más frecuente. Los instrumentos utilizados fueron el protocolo de observación, entrevista, la escala de estrés de Hamilton, la escala de depresión de Hamilton, un consentimiento informado, un asentimiento informado, planificación de talleres; sin embargo esta investigación carece de participación de niñas de 10 y 11 años ya que fueron referidas por trabajo social al Ministerio Público, ya que la Procuraduría de los Derechos Humanos como ente regulador de los derechos de la niñez guatemalteca y el Ministerio Público serán los que tomen las atribuciones para ser legalmente los representantes ante cualquier problema legal en defensa de aquellas niñas y niños que carecen de ella y que se ampara en el artículo 115 de la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia “retiro del agresor o

separación de la víctima del hogar. En caso de maltrato o abuso sexual realizado por los padres o responsables, la autoridad competente podrá determinar, como medida cautelar, el retiro del agresor del hogar o la separación de la víctima de su núcleo familiar según las circunstancias”.

El Hospital General San Juan de Dios ofrece servicios profesionales de maternidad, pediatría y psicología, sin embargo, el programa de atención psicológica carece de talleres permanentes para el manejo de estrés y/o depresión; se alude a este tema para plantear que el manejo del estrés se favorece considerablemente al realizar terapias de relajación, visualización y ejercicios físicos. Por otra parte, las etapas de evaluación aplicadas y de diagnóstico mostraron que el alto nivel de estrés y depresión presente en el grupo beneficiario padecen constantemente de dolencias que por su estado de gravidez no pueden medicarse, pero las terapias de relajación, visualización y ejercicios físicos que se aplicaron, mejoraron y calmaron las molestias que les atañe.

La presente investigación responde y opera las políticas de investigación definidas en el proyecto Administración de Programas Especiales APE de Universidad de San Carlos de Guatemala que desea incentivar la investigación, docencia, y proyección social en el desarrollo educativo, busca contribuir al desarrollo integral de las personas para que puedan desarrollarse profesionalmente de manera idónea, competente y ética inspirado en un conocimiento científico.

Hospital General San Juan de Dios apoya la investigación, orienta y promueve el desarrollo y cualificación de investigación, favorece la formación investigativa y transferencia de conocimiento a través de implementación y seguimiento de planes de desarrollo profesional articulado con la investigación; facilita condiciones para que el desarrollo de proyectos de investigación evidencie el compromiso de la institución con la investigación y hacer visibles los procesos y resultados.

Agradezco a todos los profesionales del Hospital General San Juan de Dios y catedráticos de la Universidad de San Carlos de Guatemala por su valiosa enseñanza.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y MARCO TEÓRICO

1.01 Planteamiento del problema

El embarazo en niñas de 10 a 13 años es un hecho, más frecuente que lo que la sociedad quisiera aceptar; es una experiencia difícil que afecta la salud integral de la niña, de sus padres, de su hijo, familiares y de la sociedad en sí.

Las cifras de embarazos precoces no son exactas, ya que se establecen principalmente en registros de hospitales, centros de salud, Ministerio Público y se excluye a quienes no solicitan sus servicios. El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) señaló (*Prensa Libre, 3/5/2016*) que en el primer trimestre del año 2016 se reportaron más de 600 casos de niñas que dieron a luz, producto de agresiones sexuales; OSAR señaló que el Registro Nacional de las Personas (RENAP) registró 687 nacimientos en el primer trimestre del 2016 de madres entre 10 y 14 años. En el 2015 la cifra llegó a 2947 casos; datos alarmantes, ya que manifiestan las agresiones sexuales en contra de niñas que se siguen cometiendo en el país; la falta de seguridad, la impunidad, por componendas entre operadores de justicia, ausencia de medidas de control ciudadano, son parte de las causas de que se incrementen los abusos sexuales contra menores; otra causa del embarazo precoz a pesar de que se presenta en todos los estratos sociales, es la desintegración familiar ya que la madre se convierte en proveedora principal, por lo tanto desatiende su casa y delega responsabilidades importantes, sucede con más frecuencia en familias de bajos recursos, sus hijas se dejan a cargo de parientes, vecinos, o amigos, por sus múltiples obligaciones no hay comunicación familiar, se carece de modelos morales, se dejan a las hijas a la deriva.

El abuso sexual en las niñas generalmente es cometido por el padre, padrastro, algún familiar o amigo cercano de la familia. También por explotación infantil, otros factores que influyen son el uso no supervisado en

redes o programas televisivos, falta de orientación sexual y orientación preventiva de defensa y trata de personas.

La emoción se experimenta por un estímulo que es capaz de desencadenar una reacción que empieza en el cerebro, y luego se refleja en el cuerpo que lo percibe creando un sentimiento. La niña sufre un choque emocional severo debido al abuso sexual y luego al saber que está embarazada, estos son los estímulos para emociones negativas en su cerebro y desencadena reacciones que son sentimientos en este caso negativos como tristeza, miedo, sorpresa, ira, desprecio y no tiene la preparación emocional, física ni psicológica. Además, siente vergüenza, humillación, soledad, incertidumbre a lo que vendrá, posee incapacidad económica, desorientación, estrés y/o depresión. En la mayoría de los casos, la niña que quedó embarazada estuvo expuesta a riesgos psicosociales a los que nadie prestó la suficiente atención: ni su familia, su escuela, ni entidades obligadas a velar por su integridad.

Al quedar embarazada, la vida de la niña no solo cambia porque se convierte en madre de otro niño, también enfrenta el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud, física y mental que pueden dejar secuelas permanentes. Hay complicaciones mentales, el trauma, el estrés, la depresión a que se somete pues su estado de gravidez no fue voluntario; secuelas sociales, abandona el estudio e ingresa a un círculo vicioso en que no tiene la educación, ni la preparación adecuada, ni la madurez para criar a su hijo. La niña embarazada por abuso sexual padece problemas de comportamiento e incluso ideaciones suicidas por el elevado grado de estrés y/o depresión que padece.

Lamentablemente el requerimiento de atención profesional en su mayoría solamente se dirige al embarazo y a las complicaciones que implica como: hipertensión, hipersomnia o insomnio, anemia, problemas digestivos, respiratorios, etc., los cuales pueden ser padecimientos del estrés o depresión y que urge detectarlos como trastornos emocionales que deben identificarse y

tratarse adecuadamente con técnicas de relajación, visualización y ejercicios físicos que le ayuden a comprender su estado, aceptarlo y tener una actitud más tranquila y una preparación emocional y psicológica para enfrentar de la mejor forma el futuro incierto que le infunde temor en su estado actual.

Por lo expuesto anteriormente se realizó la presente investigación para establecer si se padece estrés y/o depresión en las niñas embarazadas, medir los niveles y así saber cuál se presenta con mayor frecuencia por medio del test de estrés de Hamilton, test de depresión de Hamilton a un grupo de 25 niñas embarazadas de 10 a 13 años en el Hospital General San Juan de Dios; y así poder tener respuestas a las interrogantes que corresponden a estos objetivos: ¿Cuáles fueron las condiciones concretas que permitieron el embarazo?, ¿Qué sentimientos maneja de manera personal desde el momento de enterarse de la concepción?, ¿Qué se da con más frecuencia en niñas embarazadas el estrés o la depresión?

1.02 Objetivos

1.02.1 Objetivo general

Determinar el nivel de depresión y estrés en las niñas embarazadas de 10 a 13 años.

1.02.2 Objetivos específicos

- Determinar el estado emocional durante el embarazo en las niñas.
- Determinar cómo el suceso traumático afectó los sentimientos de la niña
- Determinar si en las niñas embarazadas de 10 a 13 años es más frecuente el padecimiento de estrés o depresión.
- Realizar ejercicios grupales de apoyo a niñas con signos de depresión.
- Identificar y brindar estrategias de manejo de estrés.

1.03 Marco Teórico

1.03.1 Antecedentes

La Universidad de San Carlos de Guatemala ha realizado varios estudios sobre embarazo precoz, uno de ellos el titulado “Embarazo y depresión en adolescentes del departamento de Jutiapa, durante el año 2014”, elaborado por Karla Lisseth Trampe Hernández y Lidia María Cisneros Godoy, el objetivo de esta investigación fue identificar el nivel de depresión de un embarazo en adolescentes del departamento de Jutiapa, ellas concluyen que las adolescentes no conocen las consecuencias de un embarazo debido a la falta de programas de educación sexual por parte de las diferentes instituciones gubernamentales, educativas y de salud.

Por su parte otra investigación denominada “Estudio psicológico sobre embarazo en adolescentes (12-19 años) Centro de Maternidad Santa Elena III, zona 18” de Ana Nohemy García Contreras y Sandra Patricia López Cuevas con el objetivo de caracterizar los factores y condiciones psicológicas que influyen en el embarazo; la conclusión del estudio citado radica en que la gente joven en Guatemala necesita estar mejor informada sobre las formas de mejorar y proteger su salud sexual y reproductiva.

Y por último, también brinda un aporte otra investigación realizada con el título “Efectos emocionales de un embarazo no deseado en adolescentes que asisten a la clínica del niño sano, anexo al Hospital Roosevelt” de Ana Karen de la Roca y Gilda Judith Argueta Álvarez ambas tenían como objetivo de estudio apoyar a las madres adolescentes en proceso de embarazo, por medio de terapia individual, se llegó a la conclusión de que el total de adolescentes participantes no analizaron las consecuencias de la actividad sexual precoz, ya que la mayoría no utilizó métodos anticonceptivos y en algunos casos la desinformación era un factor común en la pareja.

Las tres investigaciones mencionadas coinciden en que factores psicológicos perjudican el embarazo en la adolescencia, y concluyen que el embarazo en adolescentes se propició por falta de programas de educación sexual y reproductiva ya que, por no tener capacidad de análisis de consecuencias de la actividad sexual precoz, y desconocimiento sobre uso de anticonceptivos se encontraron en estado de gravidez.

Se valida que la información sobre la salud sexual y reproductiva no llega a su destino, a pesar de su existencia; se estima que existen otras causas que propician el embarazo precoz como: maltrato intrafamiliar, desintegración familiar, pobreza, analfabetismo, irresponsabilidad de los progenitores, falta de protección para los niños, no supervisión de programas televisivos y redes electrónicas, vicios, deserción escolar, delincuencia, etc. la psique de la niña afecta el desarrollo del embarazo y éste la afecta integralmente.

1.04 Contexto guatemalteco

Guatemala es el país más poblado de Centro América con 109,000 km cuadrados: según el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística, en 2011, la población total de Guatemala era de 14,7 millones de habitantes, con una elevada porción de jóvenes. Colinda con México, Belice, Honduras y El Salvador. Las principales actividades económicas son los cultivos agrícolas para la exportación: café, caña de azúcar, banano, cardamomo y, cada vez más, palma africana y cultivos destinados a la producción de agrocombustibles. Más del 60% de población vive en el área rural y un porcentaje similar es población indígena, lo cual convierte a Guatemala en uno de los países con mayor población indígena del mundo. *Contexto Nacional de Guatemala-Scribd*

La sociedad guatemalteca es reconocida por la rica y diversa cultura de sus cuatro grandes grupos étnicos: Mayas, Xincas, Garífunas y Ladinos, hablantes de 24 idiomas, con el español como oficial. Las mujeres corresponden el 51.1%

de la población, siendo los hombres el 48.9% en cuanto a grupo étnico, a la población indígena corresponde el 41,0%, siendo la no indígena 59,0%.

Guatemala es predominantemente rural de población joven y con altos porcentajes de pobreza total (57%). Un 21.5% de la población se encuentra en pobreza extrema; 35.5% corresponde a pobreza no extrema, que si alcanza a cubrir el consumo mínimo de alimentos. Guatemala concentra más del 36% de la población en Centro América, el 39% de la población desnutrida de Centro América, está clasificada como uno de los países más vulnerables y de mayores índices de inseguridad alimentaria en Latino América, consecuencia de bajos ingresos, baja capacidad para producción de alimentos, alta vulnerabilidad de fenómenos climáticos.

Las niñas, niños y adolescentes conforman más del 50% de la población guatemalteca. El 50% de la población menor de 18 años vive en la pobreza (3.7 millones de niños, niñas y adolescentes). Es radicalmente peor en zonas rurales e indígenas, donde el 80% vive en la miseria.

A pesar de la gratuidad de la educación decretada por el gobierno, la retención, deserción y repitencia escolar siguen siendo problemas en el ámbito educativo, hay que agregar la débil infraestructura escolar.

La escasez de recursos financieros para gastos del hogar y la consecuente incorporación del menor al mundo laboral son algunas de las principales razones por las que no hay avance en la trayectoria educativa y no pueden romper el ciclo de pobreza en el futuro.

En los últimos años se ha dado un incremento en los casos de maltrato y abuso sexual a niños, niñas y adolescentes.

De acuerdo con la base de datos de la Comisión Nacional Contra el Maltrato Infantil CONACMI. *Contexto Guatemalteco-(KNH) Guatemala*

1.04.1 Generalidades de la sociedad guatemalteca

Guatemala es un país de contrastes sociales y diversidad cultural, con una población de 16.1 millones en 2015. La mayoría de su población el 60.6% vive en el área rural, mientras que el 39.4 vive en el área urbana; más de la mitad de la población es menor de 18 años.

Guatemala se caracteriza por su diversidad étnica, multilingüe y pluricultural, con cuatro grupos étnicos: mayas, ladinos, garífunas, xincas. Los mayas y ladinos son los grupos mayoritarios. Históricamente el país se ha caracterizado por grandes desigualdades económicas, políticas, sociales y culturales, que han provocado niveles de exclusión en sectores de la población que no han tenido acceso a oportunidades de desarrollo.

Las familias afectadas por la pobreza no pueden satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, lo cual se refleja en los niveles de desnutrición que afectan principalmente a niños, niñas y mujeres; tampoco pueden satisfacer otras necesidades como vivienda, vestuario y recreación, ni acceso a servicios básicos de salud y educación. El analfabetismo afecta al 31.7% de la población mayor de 14 años, principalmente mujeres indígenas. Las posibilidades de recreación, deporte y esparcimiento cultural son mínimas para la gran mayoría de la población; son muy pocas las instalaciones, infraestructura, programas y recursos disponibles por el Estado para su fomento y apoyo.

Según el Comité Nacional de Analfabetismo (CONALFA) la tasa de analfabetismo en jóvenes y adultos se redujo de 38.78% a 16% en casi dos décadas.

ENCOVI refirió en 2014 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y apoyada por el Banco Mundial el 11 de enero 2016, que la pobreza extrema nacional se disparó en 2014 a 23,4%; en el año 2000 y 2006 se registró en un 15,7% y 15,3% respectivamente; tanto el analfabetismo como la pobreza extrema afectan a la niñez, en el sentido de que los padres no puedan estar a cargo de forma responsable de sus hijas, ya que la pobreza les obliga por un lado a tener más de un trabajo alejándolos del hogar para poder sustentar las necesidades básicas de su familia, pero

exponiendo a sus hijas desde una edad temprana; el analfabetismo limita las oportunidades de tener un mejor trabajo, mejor remunerado, limita la capacidad de dar mejor instrucción, educación, información a sus hijos e ignoran los programas de educación preventiva sexual por ende exponen a sus hijas.

Las niñas de 10 a 13 años embarazadas por abuso sexual, pertenecen al grupo más vulnerable de la sociedad, su ingenuidad las hace confiar en el agresor, generalmente son víctimas de abuso psicológico, mantienen cierto nivel de estrés y/o depresión, se sienten amenazadas, temerosas, por lo que no denuncian el suceso, al saberse embarazadas, aumenta el nivel de estrés y/o depresión lo que hace más evidente los cambios de conducta, se aísla, modifica su apetito, padece trastornos de sueño, rehúsa ir a la escuela, es más agresiva y sus sentimientos se afectan y mantiene cólera, rechazo, vergüenza, en muchos casos toma decisiones fatales poniéndose en riesgo, en otros casos es rechazada por su familia.

Como antecedente histórico se conoce que la violencia o agresión ha existido desde el inicio de la humanidad, por un tema de sobrevivencia, y aunque la violencia contra la mujer y el abuso infantil también ha estado presente desde la antigüedad, ésta solo tiene una explicación fisiológica, los hombres eran físicamente más fuertes, pudiendo así salir a luchar y cazar para alimentarse, mientras tanto, las mujeres se quedaban en las cuevas cocinando, cuidando de los hijos, limitándose solamente a ello, sin poder opinar. Esto se va traspasando de generación en generación llegando a existir poderes gubernamentales que aprueben este tipo de accionar.

En la actualidad esto ha tenido un vuelco, ya que hay derechos humanos, derechos de la niñez, existe igualdad de género y hoy en día la violencia contra el género femenino se publica al igual que el abuso infantil, creando diferentes organismos e instituciones que combaten día a día esos accionares arcaicos y prehistóricos.

La declaración de los Derechos Humanos del Niño fue aprobada el 20 de noviembre de 1959. El objetivo de los Derechos del Niño es que los niños puedan tener una infancia feliz e instar a los padres, organizaciones particulares que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia.

Existen 10 derechos de la Declaración de los Derechos del Niño, de los cuales cito: “Principio 2: El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensando todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.

Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño. Principio 8: El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro. Principio 9: El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.”

A pesar de la existencia de los Derechos del Niño, se quebrantan y se incurre en el abuso infantil tanto psicológico como físico y moral, por lo que el peso de la ley debe penalizar al agresor severamente y proteger a este grupo de la sociedad que es tan vulnerable.

1.04.2 Niñas, niños y adolescentes en su contexto económico

En Guatemala la pobreza crónica es uno de los principales obstáculos para que la niñez pueda satisfacer sus necesidades y gozar sus derechos. Las niñas y niños son los más perjudicados, debido a que les afecta en la raíz de su potencial de desarrollo: su cuerpo y mente en crecimiento. Entre los problemas más serios

que afectan a las familias pobres están el desempleo, el subempleo, y los bajos salarios devengados. Una de las consecuencias más dramáticas de los bajos ingresos económicos en las familias además de la violencia intrafamiliar, es la inseguridad alimentaria y la desnutrición.

1.04.3 Niñez y contexto educativo

No obstante, los esfuerzos realizados por el Ministerio de Educación para mejorar la cobertura educativa e impulsar la reforma educativa, importantes sectores de población en edad escolar no tienen acceso a la escuela, especialmente las niñas y la población indígena. Se estima que 657,000 niños de 7 a 14 años no asistan a la escuela. La cobertura de educación preprimaria tiene una tasa neta de escolaridad de 41.3% quedando excluida del sistema escolar más de la mitad de la población infantil de 5 a 6 años. La cobertura en el nivel primario para niños de 7 a 12 años es del 85.1%. La educación secundaria para estudiantes de 13 a 15 años logra cubrir solo un 28.4% y en el ciclo diversificado para adolescentes de 16 a 18 años la cobertura es de 15.8% en el 2001.

La educación en Guatemala tiene un problema muy severo de sobreedad, repitencia y deserción escolar. En el área urbana, de cada 10 niños que ingresan a primer grado 6 completan el tercer grado y 4 terminan la primaria. En áreas rurales de cada 10 niños que entran a primer grado 3 terminan tercer grado y 2 terminan la primaria. **(Política Pública Integral de la Niñez y Adolescencia- Segeplan, pág.10)**

1.04.4 Situación de vulnerabilidad y desprotección

El Conflicto Armado Interno desarraigó alrededor de 1,000,000 de personas, muchos de los niños que nacieron durante esos años, aún tienen dificultades para regularizar la documentación que los acredita como guatemaltecos. La migración económica ha influido para que muchos hijos e hijas de guatemaltecos vivan sin un estatus legal de residencia fuera del país.

Un tema preocupante es el alto número de adopciones de niños menores de 2 años que se van para el extranjero. Guatemala es uno de los países del mundo donde se puede adoptar mediante un trámite notarial.

Los bebés en adopción en una verdadera compra y venta de niños. **(Política Pública de protección Integral de la Niñez y Adolescencia_Segeplan pag.11)** La pobreza es determinante para que la niñez tenga que trabajar para contribuir al ingreso familiar. La gran mayoría de la niñez y adolescencia que trabaja no está calificada, por lo que realizan su trabajo en el sector informal de la economía, en ocupaciones como ayudantes familiares sin remuneración, algunos otros se dedican al comercio, la manufactura, la construcción, y la prestación de servicios personales. La mayoría realiza su trabajo en condiciones de alto riesgo, vulnerabilidad y explotación. Como consecuencia de su trabajo, la niñez trabajadora ve afectada su educación, su desarrollo integral, salud física y mental.

1.05 Depresión

Según se entiende de la teoría de depresión adolescente de Erick Erickson, la persona debe completar determinadas batallas para poder estar listo para la siguiente fase de su desarrollo. Es importante reconocer que el desarrollo humano, tiene diferentes fases, y en cada una de estas se le presentan desafíos que tendrá que superar, al no lograrlo, padece de un estado de ánimo de frustración, tristeza, ira, dolor que impide que continúe desarrollándose en la siguiente fase de vida.

Ninguna persona es inmune a las pruebas en la vida, es parte de un proceso de crecimiento y desarrollo, al superar las pruebas o desafíos se aumenta conocimiento, carácter, paciencia, piedad, que hace lograr tener satisfacción y seguridad en sí misma. Si no se logra superar la prueba, se acepta la consecuencia de una mala decisión, y se supera. En el caso de un embarazo precoz, la niña víctima del abuso sexual carece de madurez física, psicológica, y profesional, su agresor la obliga a saltar etapas de desarrollo sin su

consentimiento. Las etapas de juego, de formación educativa, de desarrollo físico y emocional, son borradas de su vida, lo que la conduce a sentirse asustada, temerosa, avergonzada, rechazada, con gran incertidumbre, y posiblemente con un grado de depresión, el pretender que la niña embarazada comprenda la situación, que la acepte, que la afronte y se adapte es una tarea difícil.

Depresión es un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno de sueño o apetito, sensación de cansancio, y falta de concentración. **(OMS/Depresion-World Health Organization)**

Según el DSM-5 la depresión en niñas embarazadas de 10 a 13 años ahora aparece como Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo y quienes padecen este trastorno deben experimentar de ciertos criterios como los siguientes:

- A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B. Los excesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

Un sentimiento es un estado de ánimo que se provoca por un estímulo que desencadena una emoción y permite que la persona que lo padece sea consciente de su estado anímico.

Sin embargo, una niña entre 10 a 13 años de edad, víctima de un abuso sexual y que se entera que está embarazada como resultado de ese abuso, no tiene la capacidad para enfrentar la compleja situación, el abrupto cambio de vida que padece, el no entender en totalidad su situación, el miedo a lo que vendrá, la negación a su realidad, la impotencia ante su estado, el estrés, la depresión la

hace tener sentimientos muy negativos como tristeza, miedo, desprecio y una enorme ira que la sobrepasa debido a su corta edad, su inmadurez emocional, psicológica, física, la hace requerir ayuda profesional para evitar llegar a finales extremos, el enojo que siente es excesivo, y al no saber manejarlo, actúa de una forma violenta, trata de aislarse de todos y de todo.

1.06 Estrés

“El estrés es una respuesta no especificada del organismo ante cualquier exigencia.” (*Selye Hans, El estrés cap. II pag.25*) Cuando el organismo se ve amenazado de una forma u otra, se pone alerta y reacciona a la amenaza, al momento de razonar muchas veces no encuentra que acción tomar y se pone en situación de estrés o alerta, hasta que baje la guardia con soluciones o herramientas adecuadas, por lo que al momento de enterarse de un embarazo precoz quizá sea esta la primera reacción que se dé en las niñas y así se encuentren en su momento más alerta. También se debe mencionar que el “Estrés es la falta de disponibilidad de respuestas adecuadas ante una situación que produce consecuencias importantes y graves.” (*Sells, Estrés y salud laboral, 1970*)

Si no se sabe cómo tratar esta situación es probable que tenga consecuencias físicas y psicológicas un poco más difíciles de tratar que la situación misma y tomando en cuenta que el “Estrés es un importante desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad bajo condiciones en las que el fracaso en la solución de la situación tiene importantes consecuencias percibidas” (*McGrath, Estrés y salud laboral, 1970. psicología online, p.75*)

El ser humano diariamente, se expone a situaciones a las que debe afrontar, responder o solucionar, bajo estas presiones demandantes, el organismo al no estar informado de soluciones alternativas responde con un desequilibrio es lo que se entiende por estrés.

Por lo tanto, es importante tomar en cuenta el padecimiento de estrés en el embarazo precoz, debido a que las niñas no tienen la capacidad de manejarlo, una niña entre 10 a 13 años no se encuentra preparada para llevar a cabo tan bella, pero dura tarea ya que no les correspondería a su edad y madurez, dando como posible resultado a esta situación que están viviendo una serie de respuestas alteradas en su organismo y en su personalidad, entre las cuales se pueden mencionar el estrés, la preocupación o anticipación a un hecho que aún no saben cómo resolver y simplemente las inquieta y las coloca en posición defensiva o alterada, así como en constante preocupación debido a diversos factores que podrían precipitar a estas niñas, posiblemente generándose preguntas sin respuestas como: ¿Qué me dirán mis padres?, ¿Cómo le voy a hacer para mantener y cuidar a un bebé, si no tengo empleo ni recursos?, ¿Me dolerá?, No estoy en edad adecuada para cuidar un bebé, me hubiese gustado estudiar y jugar antes de tener un hijo, la inversión de una realidad que embarga la subjetividad de la menor. Yo no puedo con esto, estoy sola, etc. Por otro lado, Michel Odent, el prestigioso obstetra francés, menciona “la principal preocupación de quienes rodean o atienden a una mujer embarazada debería ser velar por su bienestar emocional.” (*Odent, Michel, Crianza Natural, estrés durante el embarazo, Doctos. De Crianza Natural, 26 de noviembre de 2008*)

Y es que, a medida que avanza el conocimiento de la fisiología de la gestación, también aumenta la incertidumbre de que el estado emocional de la madre es primordial para el desarrollo del bebé intrauterino e incluso para su salud futura.

A lo largo de los últimos años, diversos estudios han venido señalando que el estrés intenso durante el embarazo, por ejemplo, por una fuerte presión en el trabajo, maltrato en la pareja, acontecimientos vitales como la muerte de un familiar muy cercano, o incluso el rechazo a un embarazo, puede tener importantes repercusiones, como se puede observar.

¿Significa esto que las madres son responsables de sufrir estrés y de transmitirlo a sus bebés? De ninguna manera. Lo más común es que la mujer embarazada no pueda hacer nada por cambiar su situación o las vivencias que sufre.

¿Debe sentirse culpable una mujer por ser despedida estando embarazada (cuando incluso es posible que la causa del despido sea el propio embarazo)?
¿Debe acusarse a sí misma de sufrir por la muerte de un familiar muy querido? Por supuesto que no. Como muchos, pueden ser conscientes, antes del embarazo, de la importancia del propio bienestar.

Quizás algunas mujeres podrían mejorar su estilo de vida para gozar de mayor tranquilidad durante el embarazo. Muchas no tendrán esa suerte. Por eso, es más bien la sociedad en su conjunto la que debería adquirir conciencia de la necesidad de proteger y velar por el bienestar emocional de las mujeres embarazadas. Por ellas y por sus hijos.

Por lo tanto; tomando en cuenta esta reflexión que se da para todas las mujeres embarazadas, es importante evaluar la posición de una niña embarazada y las situaciones que podrían generarle estrés ya que son diversas las razones que podrían desencadenarlo en un embarazo normal o en edad ideal siendo importante identificarlo y así poder disminuirlo o erradicarlo, buscando que se lleve cabo el embarazo en una mejor situación y evitar así las posibles consecuencias que el estrés podría traer al bebe que llevan en su vientre y su salud.

También es importante evaluar las posibles consecuencias que pueden tener los embarazos con estrés y depresión, así al encontrar situaciones similares con el fin de poder brindar herramientas de disminución y erradicación de esta a favor de un mejor embarazo, aún en circunstancias difíciles como lo es en niñas.

Por lo que se debe considerar que el estrés, la depresión y la ansiedad se asocian con niveles elevados de hormonas del estrés, como las catecolaminas. En estudios con animales, se ha visto que los niveles elevados de catecolaminas coinciden con una reducción del flujo de sangre a la placenta y asfixia fetal. Aunque algunos hábitos, como el consumo de tabaco, pueden aumentar el riesgo de muerte fetal, y son más comunes en mujeres que sufren estrés.

Es importante que las futuras madres acepten su realidad, reconozcan la necesidad de ayuda profesional y consientan tanto este tipo de ayuda como el apoyo de la familia para poder llevar el embarazo de una manera adecuada y así superar problemas psicológicos, emocionales, físicos que puedan tener consecuencias fatales.

Por lo que el aporte de la presente investigación es el logro de que la paciente reconozca e identifique los detonantes psicológicos y así aplicar las técnicas de disminución de estrés y si fuera posible erradicar las mismas, haciendo el proceso del embarazo, parto y post parto un poco más aceptable.

Por otro lado, la desregulación génica, la destrucción de neuronas y sinapsis (conexiones entre neuronas), la inhibición del desarrollo dendrítico, el desarrollo inadecuado del cuerpo calloso y del cerebelo, son algunos de los mecanismos por los que el estrés materno afecta al desarrollo neurológico fetal.

La exposición a niveles elevados de estrés prenatal, sobre todo durante las primeras semanas de embarazo, puede influir negativamente en el desarrollo cerebral del feto, determinando alteraciones del desarrollo de las habilidades intelectuales y del lenguaje en el niño” (*Crianza Natural, Estrés durante el Embarazo ¿Puede afectar al bebé?, Desarrollo Neurológico, Crianza Natural, 15 de octubre 2015*)

Por estas razones es muy importante tomar en cuenta que el embarazo debería ser una etapa en la cual la mujer pueda estar de la manera más relajada

posible, sin embargo, cuando la embarazada es una niña resulta casi imposible que tenga un embarazo adecuado, ya que desde el momento que las circunstancias han llevado al mismo, se podrían dar factores estresantes o agobiantes de la mano, esto sin contar que no se encuentran listas para cumplir la función de la maternidad. Por lo cual su estrés podría aumentar de la mano de sus sentimientos reprimidos, así como sus miedos y frustraciones, resultando importante la intervención y apoyo oportunos de tal manera que se puedan disminuir los factores estresantes y depresivos y llevar un embarazo más adecuado por el bien de las niñas y sus bebés.

“La hipótesis de la programación fetal o hipótesis de Barker (el primer investigador en apuntar este concepto) establece que la estructura y función de diversos órganos y tejidos se “programan” o se ven alterados de forma permanente en respuesta a ciertos estímulos o agresiones durante períodos críticos del desarrollo fetal”. (*Psicología Infantil, 13 de octubre del 2012*). Así, por ejemplo, el tamaño pequeño al nacer o en la infancia se asocia con una mayor propensión a sufrir efectos adversos en la edad adulta (colesterol, diabetes, hipertensión arterial, entre otros).

“Cuando la madre tiene que hacer frente a importantes peligros (que le producen estrés intenso), el bebé es programado para nacer en un mundo lleno de peligros. El estado de hipervigilancia, caracterizado por rápidos cambios en la atención del niño, podría ser una respuesta adaptativa en un ambiente lleno de peligros.

En nuestra cultura, donde se da gran importancia a la capacidad de concentración y atención, esta hipervigilancia no es necesaria y es vista como un problema, no como una ventaja”. (*Psicología Infantil, 13 de octubre del 2012*).

Es importante profundizar en esta hipótesis y comenzar a considerar al embarazo como una etapa que se debe disfrutar y no sufrir y si las circunstancias que han llevado al mismo no son positivas, posiblemente se pueda transmitir a los hijos sensaciones o sentimientos negativos que vienen de las mujeres y sus miedos predominantes en torno a la maternidad y a esto hay que agregarle que son niñas que por ningún motivo deseaban a esa edad un embarazo lo cual no les permite el mejor desarrollo fetal y quizá trayéndole consecuencias en un futuro, por lo cual como promotores de la salud mental se debe promover un embarazo en condiciones adecuadas en todo aspecto, aun si las circunstancias no son las adecuadas, para un mejor desarrollo fetal y psiquismo de las niñas.

1.07 Embarazo

El embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma.

El proceso de implantación finaliza cuando en efecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

“La edad media del periodo de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social” (

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, 2012, Obstetricia, vol.38, No.3)

Por lo tanto, se considera importante tomar en cuenta que la formación sexual en los niños se debe dar a más temprana edad y así mismo la información del embarazo y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales del mismo cuando no se genera a una edad adecuada, de forma preventiva y formativa, así como la información adecuada de herramientas para enfrentar el abuso a tiempo.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación.

La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto. La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de moco denso durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina.

Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto. Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento”. (*El Embarazo, Características Generales, 8 de diciembre de 2008*)

Existen elementos que caracterizan los tres trimestres del embarazo.

-1er Trimestre:

“Se caracteriza por la felicidad natural de la certeza de estar esperando un hijo. Existen cambios psicológicos en la mujer, con algunas manifestaciones físicas, como molestias en las mamas, las mañanas con náuseas o vómitos, la somnolencia, etc.

Algunas veces la preocupación de un sangrado, que coincide con la implantación del huevo fecundado, hace sentir temor de perderlo. La sexualidad algunas veces tiene cambios en los dos integrantes de la pareja. La libido de la mujer puede disminuir y algunos hombres tienen temor de que el embarazo no haya prendido bien. En el caso de las niñas que se

encuentran en esta situación se podría hablar de un secreto o una situación incómoda o no deseada por la cual aún no se encuentran dispuesta a enfrentar, por lo que no coinciden con la evolución normal de un embarazo deseado o planificado al inicio.

-2do Trimestre:

Es el más disfrutable. Los trastornos digestivos pasan. Los temores acerca de la evolución normal del bebé se atenúan con los resultados de los exámenes.

El crecimiento uterino no es tan rápido como el siguiente trimestre. Es la etapa de equilibrio a todo nivel. La sexualidad se vive en forma más plena, el tamaño del abdomen no molesta. En este trimestre a las niñas se les comienza a incrementar la incertidumbre y buscan a alguien en quien confiar en algunos de los casos y aun es un secreto que va acompañado de miedos, sin embargo, la evolución del bebe va día a día incrementando por lo cual, es el momento ideal para recibir la ayuda y acompañamiento y formación para el embarazo.

-3er Trimestre:

El abdomen crece por el crecimiento acelerado del bebé, la frecuencia de las relaciones sexuales a veces disminuye.

En este último trimestre las niñas embarazadas ya han tomado una decisión y han pasado por diferentes situaciones de las cuales van de la mano el crecimiento del afecto por sus bebes, así como la preocupación de la evolución de este y buscan en todo momento reafirmar su seguridad en medio de todos los miedos e incertidumbres que les causa dicho embarazo.

La maternidad es una etapa que la mujer generalmente desea vivir y al momento de sentirse preparada y lista puede llevar a cabo, el embarazo en si trae sus complicaciones como lo son la preocupación en cuanto a la formación del bebe y que el mismo crezca y se forme completo y sano, por lo cual se podría pensar que todas o la mayoría de mujeres

manejan un nivel de estrés al momento de quedar embarazadas, sin embargo va disminuyendo significativamente con el crecimiento del bebe, ecografías ,etc.

Para luego darle paso a la preparación para una nueva vida en su vida, pero si la mujer no se encuentra lista y no es aún parte de sus deseos el tener un bebe debido a que su edad no es la adecuada y la madurez suficiente, los detonantes son otros y no se lleva un embarazo de la misma forma que una persona en edad ideal.

1.08 Embarazo precoz

La adolescencia comprende el período de 11 a 19 años. El embarazo precoz se produce en niñas y adolescentes (10 a 19 años). A partir de los 10 años, las mujeres cambian físicamente, especialmente la llegada de la menarquía, que la capacita físicamente para ser madre, aunque aún es una niña, el órgano reproductivo no ha madurado totalmente al igual que las glándulas mamarias por lo que es muy probable que no amamante ya que ninguna mujer entre 10 a 13 años tienen preparación psíquica para ser madre, pues carece de madurez y no corresponde a su rol.

“La edad media del periodo de la menarquía (primera menstruación) se sitúa en los 11 años, aunque esta cifra varía según el origen étnico y el peso. El promedio de edad de la menarquía ha disminuido y continúa haciéndolo. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

*Las adolescentes embarazadas además de enfrentarse a la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, deben enfrentarse, a priori, a una mayor desprotección, con mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica, de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa atención médica y nula protección social” (**Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, 2012, Obstetricia, vol.38, No.3**)*

“La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia. Por lo general acarrea serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la adolescente embarazada. De tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como: el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, toxemia, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido bajo peso, y enfermedades genéticas sin dejar de mencionar las alteraciones psicosociales y crisis familiares no transitorias por desorganización” (MSc. **Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique y otros, El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2012 pag.3)**

La OMS y la ONU informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado.

Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que, en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar.

Según la organización Save the Children “cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones).

Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas.

La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Nigeria, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53 % había parido antes de los 18 años. En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas

culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social.

La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo. En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades.

En las adolescentes más de 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23 % de las mujeres jóvenes sexualmente activas han admitido haber tenido relaciones sexuales sin protección, mientras que el 70 % de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

Esta temática se ha convertido en un problema de salud de todo el mundo debido a la alta incidencia de este fenómeno y la elevada mortalidad que trae en esta etapa de la vida, lo que constituyó la motivación para la realización de este proyecto de intervención.”
(MSc. Menéndez Guerrero, Gilberto Enrique y otros, El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente, Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 2012 pag.3)

Por lo cual es importante que tomen en cuenta que Guatemala cumple con muchos de los factores y que muchas de las causas señaladas de vergonzosas también se dan, sin embargo ¿qué pasa cuando la niñez se ve interrumpida por un embarazo?, porque no se les puede llamar de otra forma, son niñas aun pensando en jugar, estudiar y crecer, de alguna forma algo en su entorno personal o familiar no se encuentra bien, se hace importante

verificar las circunstancias de ese embarazo posiblemente no deseado y junto con las mismas, encontrar soluciones adecuadas con el apoyo de sus padres o encargados para así lograr la disminución del estrés y muy posiblemente, no permitir una depresión severa y permitir a la niña y al bebé una mejor vida.

El embarazo precoz trae muchísimas consecuencias consigo, entre ellas está el poner en peligro la vida de la futura madre así como la del hijo, ya que estos embarazos son considerados de alto riesgo debido a la falta de madurez de los órganos reproductores de la madre y es así que la niña luego de su menarquía puede quedar embarazada pero debido a la inmadurez del cuerpo, la madre puede presentar desnutrición, infecciones urinarias, anemia, problemas hipertensión como preclamsia y eclampsia, embolias, aborto espontáneo, parto prematuro, además en algunos casos por inmadurez de sus senos aún no producirá prolactina por ende no podrán amamantar.

Las consecuencias psicológicas de un embarazo precoz son aún más complejas y difíciles de manejar por ella misma, la niña madre renunciará a las cosas que le corresponderían realizar según la edad y estará obligada a tomar otras funciones y responsabilidades que no corresponden a su etapa ni edad, haciéndole vivir trastornos como depresión y estrés.

Por lo que la presente investigación además de permitir saber si el estrés o la depresión son más frecuentes, brindará psicológicamente una atención integral para que la niña comprenda lo que sucede con su cuerpo, puede exteriorizar su dolor y así cicatrice heridas, y a la vez se le brindará preparación para afrontar lo que viene después del parto, se brindará información y técnicas para afrontar el rechazo psicosocial, fortalecer la relación y comunicación con su hijo (a) para evitar que rechace al bebé y pueda continuar con la vida de una mejor manera, instándola a diseñar un nuevo plan de vida en donde incluirá a su hijo(a), si así lo desea.

Por otro lado, en un estudio fotográfico se encontró que: “Al menos 3.722 niñas menores de 14 años resultaron embarazadas en Guatemala producto de violaciones y abusos sexuales en los primeros siete meses de 2015, reveló hoy el Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR). La directora de esta institución civil, Mirna Montenegro, explicó en una rueda de prensa en un hotel de la capital que la mayoría de las niñas (2.790) tienen 14 años.

Detalló que otras 753 tienen 13 años, 165 son de 12, mientras que 13 son de 11 y una de 10 años. Del total de casos sólo se han denunciado ante la justicia 400, apuntó. Montenegro dijo que debido a que a esta edad las niñas no pueden decidir si quieren usar anticonceptivos, su embarazo se considera como "una violación sexual".

Recordó que durante todo 2014 OSAR contabilizó 5.100 niñas menores de 14 años embarazadas y de ellas sólo se denunciaron 680 casos y hubo 40 condenas. El embarazo en niñas "tiene serias repercusiones en la salud integral, física, psicológica y social que pueden ocasionar la muerte" sostuvo. Señaló que el año pasado se registraron 7 muertes maternas de menores de 14 años en Guatemala. De acuerdo con investigaciones de OSAR, una vez que la niña está embarazada es forzada, ya sea por la familia o la comunidad a asumir la maternidad por falta de alternativas, sin importar los riesgos para la salud y la violación de sus derechos. Debido a la situación del embarazo temprano en Guatemala, se observó la investigación de (estudio fotográfico actual por Linda Forsell agosto del 2015) “Historias y retratos de nueve menores embarazadas en Guatemala. La fotógrafa sueca radicada en Nueva York Linda Forsell les pone rostro y voz a nueve menores embarazadas de Guatemala en su exposición “Vidas robadas, niñas teniendo niños”. 13 de agosto de 2015

Las miradas perdidas que aún reflejan su inocencia, avergonzadas y con sentimientos de culpa, es lo que pudo constatar Forsell en su trabajo, que le llevó dos años, y que desde hoy y hasta el próximo 23 de agosto estará expuesto al público. Guatemala / ACAN-EFE. El 25 por ciento de las niñas fueron abusadas sexualmente bajo amenazas por sus padres. Con sus instantáneas, quiere llamar la atención de la sociedad para que hable sobre este drama.

En Guatemala, donde predomina la cultura machista, “es muy difícil” que una exposición contribuya a solucionar el problema, pero “se quiere poner en perspectiva porque a las niñas siempre se les echa la culpa”, lamentó la retratista. “Hay algo que me impresionó, y es que todas las niñas creen que no pueden opinar sobre sus vidas, no tienen sueños. Eso es triste”, resaltó la artista con la ayuda de una traductora. La fotógrafa comentó a Efe que la elección de Guatemala no obedeció a una decisión tomada al azar. Y es que este país centroamericano es el que registra mayores casos de niñas menores de 14 años que resultan embarazadas producto de abusos y violaciones, alega.

El Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) documentó en 2014 un total de 5 mil100 niñas de entre 10 y 14 años embarazadas. En los primeros siete meses del 2015, otros 3.722 casos. La directora de OSAR, Mirna Montenegro, aseguró que desde el 2012 el Ministerio Público (MP) comenzó a dar atención a las denuncias de niñas abusadas y recordó que el año pasado se presentaron 680 casos, de los cuales 40 se han resuelto, hasta ahora, con una condena. Forsell aseguró a que le impactó conocer que en Guatemala las víctimas de abusos “son muy jóvenes”, aunque aclaró que la violencia física, psicológica o sexual contra la mujer es la misma en muchos países.

En Suecia, por ejemplo, el 25 por ciento de las mujeres sufre de abusos, dice, pero existe una agenda pública bastante amplia en contra de la violencia hacia las féminas y, por el momento, no se han conocido casos de niñas embarazadas como en el caso de Guatemala. Aunque sea contradictorio, apostilló, en su país existe el aborto libre y una política de anticonceptivos.

En ese sentido, Montenegro admitió que, en Guatemala, por ley, los menores no pueden decidir sobre sus vidas y de allí que los embarazos son considerados como violaciones sexuales cuando los jóvenes son menores de 14 años, aunque no exista violencia física o psicológica.

Lo grave del problema, en opinión de la directora de OSAR, es el impacto en la salud integral de las niñas de entre 10 y 14 años que resultan embarazadas producto de los abusos. En el aspecto de salud sufren de anemia, infección del tracto urinario, complicaciones del parto, problemas de crecimiento intrauterino y bajo peso del recién nacido, y el riesgo de muerte en menores de 15 años es dos veces mayor al de las adultas.

De hecho, Montenegro indicó que el año pasado se registraron 7 muertes maternas en menores de 14 años. Investigaciones de OSAR demuestran que la violencia sexual y el embarazo generan cuadros de depresión, temor, tristeza, enojo, culpa, intranquilidad, miedo y vergüenza en las niñas. Además, causa deserción escolar, lo que reduce las oportunidades de inserción laboral y les deja como futuro desempeñar la función tradicional: ser madres y amas de casa en un ciclo de pobreza.

Durante el trabajo fotográfico que hizo Forsell se estableció que el 25 por ciento de las niñas fueron abusadas sexualmente bajo amenazas por sus padres, la mayoría abandonó los estudios después del embarazo y tienen como ocupación el trabajo doméstico.

En opinión de Forsell, en Guatemala se necesita más que una exposición para hacer que las niñas tengan acceso a la justicia y a la restitución de sus derechos. Las niñas creen que no pueden opinar sobre sus vidas, no tienen sueños.

Desde el 2009, existe en el país La Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas que ha contribuido a condenar a algunos agresores, pero miles de niñas aún siguen dando a luz cada año producto de violaciones

. “Trabajé mucho para encontrar esos rostros y sacar a las niñas del anonimato porque es necesario”, concluyó la expositora, quien reconoció que le fue más “difícil” fotografiar a las niñas embarazadas que cubrir la situación entre palestinos e israelíes.” (*Registran 3,700 embarazos de niñas menores de 14 años en Guatemala en 2015, El Nuevo Diario, Ciudad de Guatemala, Guatemala, 11 de agosto 2015, ACAN-EFE*)

Como nos comenta la autora del estudio fotográfico es preocupante que nuestro país sea uno de los que más posee casos de embarazos tempranos, siendo en su mayoría por abuso sexual, y esto en las niñas genera diversas secuelas psicológicas y una disminución total o parcial de su estima propia, hasta el punto que ellas no se consideran apropiadas a opinar sobre sus propias vidas, es importante que se pueda analizar dicha situación y ver los factores psicológicos precipitantes para tratarlos de forma urgente, por lo que la investigación pretende evaluarlos y así mismo después del estudio brindar las herramientas adecuadas a la problemática de nuestro país en referencia al embarazo temprano.

Por otro lado se hace de mucha importancia ver si el estrés o la depresión son parte de estos factores determinantes primarios y evaluar cuál se hace frecuente en la actualidad y así poder encontrar el mismo y brindar ayuda y apoyo a estas niñas que no en todos los casos han sido abusadas; pero según lo mencionado por la autora del estudio fotográfico; son mayoría y aún se decide por ellas y en muchos de los casos terminan dejando sus estudios y trabajando en labores domésticas para poder generar un ingreso para ayudarse y mantener a su criatura siendo lamentable que sean unas pequeñas cuidando a pequeños, las cuales deberían de estar pasando por una etapa totalmente distinta y esta situación simplemente las obliga a crecer a pasos agigantados mas no poseen aún la madurez para llevar en sus manos tan grande responsabilidad y se llenan de tristeza y decepción por ver interrumpidos sus sueños, por lo cual es importante que el gobierno tome en cuenta esta situación y pueda crear opciones y oportunidades para ellas y permitirles de alguna forma terminar sus estudios.

1.09 Embarazo en edad ideal

A toda edad se presentan ventajas y desventajas diferentes con respecto al embarazo; entre 20 a 25 años, la mujer tiene juventud, más resistencia, más energía para criar, es la edad de máxima fertilidad. Pero no tiene estabilidad económica, en Latinoamérica generalmente a esa edad no han terminado su preparación profesional o están por terminarla, no tiene estabilidad laboral, no han alcanzado madurez, son más desobligadas que una mujer más adulta, carecen de paciencia.

De 30 a 35 años, tiene madurez, en muchos casos ya es profesional, tiene estabilidad laboral, económica, biológica, su relación de pareja es sólida, adaptabilidad en su personalidad aspecto útil para crianza, mejor conocimiento de ella misma, no son tan rígidas como las de 40 años o más ni tan desobligada como las de 20; como desventaja su fecundidad disminuye, el embarazo puede presentar complicaciones. De 35 a 40 años, se presenta riesgos cromosómicos que se puede diagnosticar durante la gestación, aunque en los demás aspectos están estables. Al parecer la edad ideal está entre 30 a 35 años, según el reloj biológico de la mujer (Clearblue, 2011) 1/3 considera que hay tiempo suficiente para quedar embarazada.

El renombrado especialista en fertilidad Sherman Silber, director del Centro de Infertilidad en St. Louis Hospital de St. Luke, Missouri opina que de los 30 a 34 años la probabilidad de aborto espontáneo es de 15%; de 35 a 39 años es de 20%.

Entre mayor edad la mujer tiene más posibilidad de tener mellizos o nacimientos múltiples; a medida que la mujer envejece, aumenta el nivel de FSH (hormona folículo estimulante o folitropina) libera más de un óvulo.

“Hay bastantes posturas con respecto al tema de cuál es la edad idónea para tener un hijo, recientemente un estudio inglés aseguraba que la edad más adecuada era a partir de los 30 años, según este estudio a partir de esta edad es cuando se alcanzan plenas condiciones físicas.

Este estudio se basó en el estado de salud de 3.000 mujeres, determinando los investigadores finalmente, que la edad óptima eran los 34 años. El estudio en cuestión ha sido publicado en Health and Social Behaviour Journal, y se basa en estadísticas que algunos científicos no comparten”. (**¿cuál es la edad idónea para tener un hijo? bebesymas.com**) Biológicamente, la edad ideal para que una mujer tenga su bebé, es antes de que cumpla los treinta años. El desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y los 25 años, generalmente la mujer a esta edad no presenta enfermedades crónicas y tiene mucha energía. Muchos estudios demuestran que la fertilidad desciende escalonadamente, un primer descenso a los 30 años, un segundo a los 35 y finalmente el último a los 40, salvo algunas excepciones.

Emocionalmente, muchas mujeres en sus veinte años no están listas para aceptar las responsabilidades, el compromiso y el cambio del estilo de vida que la llegada de un bebé implica. Por estas razones, que se suman a la estabilidad económica, metas de la carrera profesional, objetivos personales y otras razones más, hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 35 y hasta los 40 años, cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos. La maternidad iniciada a dichas edades tiende a ir en aumento mundialmente.

El momento en el que la pareja decide tener un bebé, depende mucho en qué etapa de su proyecto de vida se encuentran (negocio, profesión, estudios, estado económico etc.) ¿Se casaron jóvenes?, ¿Planean tener una familia grande o no? Cada edad tiene diferentes experiencias.

Aunque cada mujer es única, los aspectos físicos y emocionales del embarazo están en parte influenciados en la edad que tienes.” (*INFOGEN-edad ideal para el embarazo, 15de agosto 2013*)

Cuando se habla de una edad ideal para el embarazo se considera que no solo eso es importante, ya que hay que resaltar el deseo de tener un hijo, así como la preparación y madurez en todos los aspectos, tomados de la mano de una economía adecuada y de esta forma se hará ideal; no solo la edad sino toda la situación alrededor para un buen embarazo y así mismo un post parto y una crianza adecuada para él bebe.

Si bien cierto que una niña de 10 a 15-17 años aún no se encuentra con la madurez ni preparación tanto física como emocional de traer a un bebe al mundo, también es importante resaltar que aunque se posea la edad y la madurez para poder tener un embarazo en las mejores condiciones físicas y emocionales no se darían de forma adecuada aunque se tenga la edad ideal, si aún no se desea y espera la maternidad, causando de la misma forma estragos psicológicos tanto en la madre como en él bebe que viene en camino, por cual es importante siempre tener al alcance conocimientos o información de planificación familiar para que podamos aportar a nuestra sociedad y país más niños felices, más niños deseados y mejor educación y formación en todos sus aspectos.

1.10 Familia de la niña embarazada

El análisis de la problemática del embarazo en niñas la identificamos en el citado artículo como un fenómeno que no es aislado y que debe ser visto desde el marco de los derechos de la niñez. En este sentido destacamos que la niña no es responsable del embarazo, sino que la responsabilidad debe recaer en el hombre que la violó (las relaciones sexuales de un adulto con una niña son violaciones), en la familia y en el Estado. En este segundo artículo se analiza la responsabilidad de la familia y en el próximo la del Estado. Para analizar la responsabilidad familiar se debe tomar como punto de partida, ¿Cuál familia?

La mirada a la familia en la sociedad dominicana supone el análisis de una estructura que tiene características distintas en los diferentes estratos y contextos sociales y que por ende no responde a patrones únicos de estructuras, roles relaciones en su interior.

En los estratos pobres la familia tiene una estructura diversa en la que se encuentran familias monoparentales matrifocales (madres e hijos/as), familias monoparentales patrifocales (padres e hijos) familias extensas (abuelas, tíos, tías, nietos/as), familias nucleares (padre, madre e hijos/as).

Las estructuras familiares no influyen en los patrones de socialización al interior de la familia. Una familia nuclear puede responder a patrones de socialización e interacción similares a una familia mono parental o extensa y viceversa”. **(La niña se embarazó (2), responsabilidad familiar-Acento)**

Esta aclaración es importante porque se tiende a establecer que los problemas sociales tengan que ver con determinadas estructuras familiares, sobre todo se refiere a familias monoparentales dirigidas por mujeres, lo cual está comprobado en los estudios de parentesco que es un análisis sesgado y prejuicio.

Es un análisis que supone que la familia nuclear es la única estructura que garantiza relaciones armónicas y espacios desde donde fluyen valores sociales, esto no corresponde con la realidad, en una familia nuclear puede haber tanta violencia, abuso y conflictos como en un mono parental, o por el contrario un mono parental ofrecer espacios de garantía de derechos que no ofrece una nuclear y viceversa.

Igualmente es bueno aclarar que los problemas de violencia, abuso sexual y violaciones no son exclusivos de los estratos pobres.

En estratos medios y altos se encuentran estos problemas, pero se mantienen ocultos y en el silencio. El sostenimiento de un estatus social basado en “la normalidad familiar” se convierte en un factor de presión interna para no denunciar –sancionar y muchos menos hacer público estas situaciones de violaciones y violencia.

En el caso de las familias de estratos pobres, la información etnográfica sobre los factores de riesgo que se pueden identificar es: conexión entre familia-vecindad en la que vecinos, vecinas y familiares que residen cerca influyen en las relaciones, decisiones, actitudes y pautas en las relaciones padres/madres e hijos/as o personas adultas responsables –niños y niñas. Se permite que vecinos, vecinas y familiares den peleas, sancionen o tengan relaciones muy cercanas corporalmente con niños. Esta permisividad no se considera como un factor de riesgo. Poca información y conocimiento sobre los derechos de niños, niñas y adolescentes.

En estudios realizados en distintas provincias hemos identificado el desconocimiento que tienen las familias sobre los derechos de la niñez. No existe una conciencia clara de que el niño y la niña deben de ser protegido o protegida en sus derechos, en su desarrollo evolutivo. Presencia de una tendencia a la mezcla entre espacio privado-publico, intimidad control colectivo.

La noción y praxis de intimidad tiende a ser frágil y vulnerable en los estratos pobres, lo que se agudiza con los problemas de hacinamiento en los que en una cama duermen madre, padre y un niño o niña, en la misma habitación pueden dormir en una cama la pareja y en otra tres o cuatro hijos de diferentes sexos.

Tendencia a la permisividad en el manejo de caricias, roce corporal de personas adultas hacia niños. Esta permisividad en el manejo del cuerpo entre las personas tiene sus raíces en nuestra cultura social en la que los límites en el roce corporal no están definidos y las barreras a estas prácticas son “mal vistas” porque pueden desencadenar conflictos entre familias o vecinos/as.

Permisividad en las relaciones afectivo –sexuales entre hombres—niñas, en las que no se ve como problema el que un hombre “mude” a una niña, sino por el contrario se entiende que puede “ayudarla” social y económicamente porque le facilitará sus estudios y su manutención. Este patrón está vinculado a familias en extrema pobreza y tiene raíces históricas importantes. Diferencias culturales en la visión de la niñez.

En nuestra cultura popular existen tendencias a mirar la niñez no como una etapa definida, diferenciada de la adultez, y menos aún con la adolescencia (la que tiende a estar ausente). Los niños en los estratos pobres tienen roles y funciones en el hogar similares a las personas adultas y, por ende, en el momento en que una niña queda embarazada o se “va” (en realidad se la llevan) con un hombre, pasa a ser una mujer, no importa su edad.

Todos estos rasgos culturales están presentes y son parte de una trama cultural que se convierte en barrera a la protección y prevención de violaciones-embarazos de niñas en este contexto.

Las familias y las comunidades tienen que ser educadas, orientadas y acompañadas en un proceso intenso y extenso de cambio cultural. Las familias no pueden ser juzgadas como únicas responsables de este proceso porque son parte de una sociedad que mantiene una cultura patriarcal de permisividad e impunidad frente a las violaciones de los derechos de la niñez. (*“La niña se embarazó” (2), Responsabilidad Familiar, Acento 3 septiembre 2013*)

Por otro lado, es importante observar la siguiente postura y análisis sobre el tema con respecto al entorno familiar, en donde nos indican que: “La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país.

En Guatemala, donde los recursos son limitados, constituye un factor que determina las vidas de muchas personas jóvenes aún sin la carga adicional de la paternidad, es imperativo abordar las consecuencias sociales y sobre la salud de los altos niveles de maternidad adolescente”. (**“Maternidad temprana en Guatemala: un desafío constante” 2006**).

La prevención del embarazo temprano es prioridad para el sistema de salud pública, el involucramiento de los padres, establecer una relación estrecha con sus hijos. Hay que trabajar para conseguir una relación cálida, firme en la disciplina y muy rica en comunicación que enfatice el respeto y confianza mutua. Otro punto para tomar en cuenta es que los padres deben conocer a los amigos de sus hijos y estar al tanto de qué les pasa a las niñas. Los amigos tienen una fuerte influencia los unos en los otros, así que es importante ayudar a los hijos a desarrollar amistades que tengan familias que compartan sus valores.

Esto no significa que debe estar supervisadas todo el tiempo, hay que confiar en los hijos, no siempre los padres podrán estar presentes para evitar que se pongan en riesgo, es mejor, enseñarles a que tomen mejores decisiones para no ponerse en riesgo, si la niña es formada con valores en el hogar, reaccionara ante cualquier situación con estos valores.

Apoyar a los hijos a establecer un plan de vida es un factor importante; la posibilidad de que su hijo posponga tener relaciones sexuales, el embarazo o la paternidad aumentan drásticamente si su futuro parece brillante. Esto significa ayudarles a establecer objetivos importantes para el futuro, hablar con ellos de lo que han de hacer para conseguir sus objetivos y ayudarles a conseguirlos.

Ello incluye enseñarles de forma constructiva como usar su tiempo libre, por ejemplo, dejando un tiempo para completar tareas. Explíqueles cómo quedar embarazada – o dejar a alguien embarazada – puede descarrilar los mejores planes.

Hacer servicio comunitario puede no solo enseñarles habilidades laborales, pero también conectar a tus hijos adolescentes con adultos comprometidos en tareas importantes para la sociedad.

La comunicación con tus hijos, sobre sexualidad debe empezar a temprana edad, con el objetivo de aclarar las dudas que surjan en cada etapa, a medida que los niños crecen, las conversaciones deberán incluir más información sobre sexualidad, salud sexual y la prevención de embarazos no planeados, enfermedades de transmisión sexual y demorar el inicio de la actividad sexual. Las conversaciones deben ser honestas, abiertas y respetuosas. Las pláticas no deben ser forzadas por los padres, buscar el momento ideal para hablar es importante en la comunicación, si no sabe cómo empezar una conversación, use situaciones que ven en televisión o en las películas para entablar un diálogo. Si hay ciertos temas que no tiene claros, compártele también eso. Asegúrate de tener una conversación de dos direcciones y no de darle una “clase” o “sermón.”.

Pregúntale lo que la niña cree y sabe para poder corregir información errónea y antes de terminar; si hay algo que le preocupa es importante que no crea que ha de haber solo una conversación acerca del tema. Todos los hijos necesitan mucha comunicación, apoya e informa acerca de este tema, aún si a veces no parecen estar interesados en lo que te dicen, estas conversaciones deben brindarse a mujeres y a hombres por igual. Para lograr una buena comunicación el padre debe informarse sobre sexualidad, sexo, el amor y las relaciones, la comunicación es más exitosa si los padres tienen ideas claras en su mente acerca de estos temas.

Es importante tomar en cuenta que las niñas no están en el mejor momento para tener un embarazo, ya que no es la edad ideal para traer vida al mundo, sin embargo es aún más importante el papel de los padres de familia para una correcta formación sexual, para que no se sientan desorientados y sientan que este tipo de temas pueden hablarlos con los padres, puesto que es importante que los padres sean quienes generen la confianza en sus hijos y ellos sepan que pueden hablar de este y de cualquier otro tema sin sentirse juzgados y a su vez puedan informar cualquier

tipo de abuso sin sentirse amenazados o avergonzados, y así estén muy bien orientados e informados.

Las consecuencias que tiene un embarazo temprano tanto para el hombre o mujer y a su vez ayudándoles a disfrutar cada etapa de su vida como corresponde, la familia desde siempre será la base de la sociedad y nadie más que ella es la responsable de informar y formar a sus hijos y si en algún momento los mismos se equivocaran apoyarlos y guiarlos por soluciones apropiadas, sin embargo no hay mayor oportunidad en la vida que la prevención y para llegar a esta se requiere de información, formación y confianza de doble vía.

Lo más importante para evitar un embarazo en la adolescencia radica en la educación, formación, confianza y amor en el círculo primario del niño o adolescente, para así enseñarle sin forzarlo, a vivir y disfrutar cada una de las etapas de su vida adecuadamente y evitar las consecuencias que trae un embarazo temprano para una o un adolescente y a su vez saber a quién acudir y confiar si se sintieran amenazados o avergonzados por alguien personal o sexualmente.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2. Técnicas e instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, la metodología cuantitativa intenta especificar la asociación, además de la fuerza de las variables; a partir de datos numéricos y en base a estudios probabilísticos, tiene como objetivo obtener respuestas de la población a preguntas específicas. El modelo descriptivo permite una comprensión del equipo y de sus resultados desde una perspectiva global e intrínseca.

2.02 Técnicas

Técnica de muestreo

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, en su modalidad es una técnica de muestreo probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

La muestra estuvo compuesta por 25 niñas embarazadas de 10 a 13 años que recurrieron al Hospital General San Juan de Dios a las áreas de Ginecología y Psicología por embarazo precoz para solicitar asistencia profesional, entre los criterios de inclusión están: edad de 10 a 13 años, estar embarazada.

Técnica de recolección de datos

El procedimiento para la recolección de datos fue el siguiente:

1. Observación: se efectuó de forma directa, no participante, percibiendo una conducta no verbal.

Se llenó la ficha de información general para obtener datos personales de la paciente, con la cual se verificó la edad ya que la investigación incluyó

solamente ha niñas embarazadas de 10 a 13 años. Se llenó la hoja titulada segunda estadística”, para obtener información de control gestacional.

2. Se pasó un cuestionario a la paciente, para saber si cuenta con apoyo familiar, si se quedará con el bebé, conocer su grado de escolaridad, si seguirá estudiando, saber si recibió información sobre prevención sexual, saber si el papa del bebé la apoyaría.
3. Con la recopilación de estos datos se logró una antesala a la entrevista.
4. Se efectuó un cuestionario a la niña embarazada en la clínica acompañada de la madre o encargada; se mantuvo una conversación previa, se inició con rapport para ganar confianza, se le hizo saber que la información era confidencial.
5. Test de Estrés y de Depresión de Hamilton, estos consisten en una escala hetero administrada por un practicante en una entrevista, el entrevistador puntúa de 0-4 puntos cada ítem. Valorando tanto la intensidad como la frecuencia de este.

Técnica de análisis de datos

Para el procesamiento y presentación de datos del presente estudio se utilizó un proceso general que se inició con la recopilación de datos, obtención de punteos por sumatoria de las pruebas de estrés de Hamilton y test de depresión de Hamilton, se clasificó, y se realizó una síntesis y agrupamiento.

Una vez que la información se recolectó y ordenó, se integró y se analizó los datos se llegó a las conclusiones.

2.03 Instrumentos

2.03.1 Protocolo de observación

Se efectuó una observación de tipo directa, siendo ésta dirigida a las niñas embarazadas de 10 a 13 años de edad, la cual evaluó conductas y reacciones de las niñas en la sala de espera, ésta se realizó a través de una tabla dividida en tres columnas en donde se anotó al final el recabe de la información obtenida; en la primera columna se evaluó la conducta, en la segunda columna los signos, en la tercera columna se escribió brevemente la relación entre la niña embarazada y su progenitor o tutor; con la información obtenida se midió el riesgo a comprobar si la niña refleja maltrato, intimidación, agresión, o incomodidad con la persona acompañante. (anexo # 3)

2.03.2 Cuestionario

Se realizó un cuestionario a las niñas embarazadas de 10 a 13 años, con una duración de 60 min., durante la cual se tomó anotaciones que permitieron verificar su situación actual para poder abordarlas posteriormente de una forma adecuada; el cuestionario pretendió reconocer tipos de conductas que presentaron las niñas ante la situación de su embarazo. (anexo # 4).

2.03.3 Test de Estrés de Hamilton

La prueba de estrés de Hamilton permite medir el estrés que causa el enfrentar algún evento estresante.

Para evaluar las variables se seleccionan las preguntas de acuerdo con la tipología del síntoma, por ejemplo: variable I, “Síntomas del trastorno de estado de ánimo”, corresponden preguntas 1, 2, 3, 5, y 9.

Variable II: “Reacciones psicósomáticas” está compuesta por subvariables.

Subvariable I: “Pseudoneurológico” corresponden preguntas 4, 6, 11, 12, 14, 16, 17 y 18.

Subvariable II: “Síntomas dolorosos” corresponde a la pregunta 7.

Subvariable III: “Trastornos del sueño”, preguntas correspondientes 8, 19 y 20.

Subvariable IV: “Cardiopulmonar” preguntas 10 y 13.

Subvariable V: “Gastrointestinales”, pregunta 15.

2.03.4 Estructura de la prueba de Estrés de Hamilton

Consta de 20 preguntas que abarcan estados físicos y psicológicos de la persona: malestares, dolores, estados de ánimo, etc. las respuestas indican la intensidad con la cual se presentan estos síntomas; cada pregunta tiene 4 alternativa de respuesta: raramente, algunas veces, muchas veces, siempre. Cada respuesta posee un valor que va de 1 al 4 después de aplicado la prueba, los valores de cada respuesta se suman, y se calcula el porcentaje de estrés que presenta la paciente, la puntuación mayor es de 80; a mayor puntuación mayor nivel de estrés. Se aplicó la prueba de estrés de Hamilton a niñas de 10 a 13 años embarazadas en el Hospital General San Juan de Dios, en las áreas de maternidad y psicología teniendo como objetivo la identificación del nivel de estrés que puedan presentar, para luego poderles brindar intervención psicológica adecuada. (anexo # 5).

2.03.5 Estructura de la prueba de Depresión de Hamilton

Esta prueba consta de 21 preguntas que abarcan síntomas de estados de ánimo, somatizaciones, gastrointestinales, cardiovascular4es, respiratorias, trastorno de sueño, actividades psicomotoras y síntomas genitales, las respuestas indican la intensidad con la que se presentan los síntomas, cada pregunta tiene 4 alternativas de respuesta: nunca, algunas veces, bastantes veces, casi siempre, siempre. Cada respuesta tiene un valor del 1 al 4, después de aplicado la prueba los valores de cada respuesta se suman y se calcula el porcentaje de depresión que presenta el paciente.

La puntuación mayor es de 84 puntos; según la puntuación se cataloga el nivel de depresión. Se aplicó la prueba de depresión de Hamilton a niñas de 10 a 13 años embarazadas en el Hospital General San Juan de Dios, en las áreas de Maternidad y Psicología, teniendo como objetivo la identificación del nivel de depresión para luego brindar intervención psicológica adecuada. (anexo # 6)

2.03.6 Consentimiento informado

Mediante este procedimiento el progenitor o encargado expresó voluntariamente su intención de que su hija participara en la investigación, después de haber comprendido la información brindada acerca de los objetivos del estudio, y los beneficios para ambos.

(anexo # 1).

2.03.7 Asentimiento informado

Mediante este procedimiento se garantizó que la niña en gestación expresó voluntariamente su intención de participar en la presente investigación después de haber comprendido la información que se dio acerca de los objetivos de estudio y los beneficios. (anexo #2).

2.03.8 Planificación de talleres

Se desarrollaron 8 talleres a niñas embarazadas de 10 a 13 años y sus progenitoras o encargados con el objetivo de ayudar a aceptar, enfrentar su realidad, reforzar la confianza en sí misma, hacerles saber que no están solas en la prueba que están pasando, enseñarles técnicas de relajamiento, de visualización para el manejo de estrés y depresión.

Fase de preparación

- **Tema:** Apoyo Emocional
- **Grupo objetivo:** Niñas embarazadas de 10 a 13 años y sus progenitoras o encargadas.
- **Objetivo:** reforzar la confianza en ella misma para que comprenda que no está sola.
- **Lugar, día, hora:** Hospital General San Juan de Dios, en el área de Clínica del Adolescente, de 9:30 a 11:30 am., y se realiza la convocatoria para el siguiente taller.
- **Material:** Papel, y lápiz.

Fase de ejecución

- **Registro:** Se realizó un formato de registro para firmar asistencia. Estos registros sirven para fines estadísticos y de control. (anexo # 10).
- **Presentación:** Se agradece la atención prestada a fin de generar un ambiente de confianza.
- **Evaluación base:** se plantearán algunas preguntas (no más de 5) para medir el grado de conocimiento de las asistentes acerca del tema.
- **Introducción al tema:** se inició la charla planteando algunas interrogantes, con el fin de recoger información sobre creencias, percepciones, y experiencias previas, vividas para orientar el desarrollo de la actividad.
- **Desarrollo de tema:** se desarrolló el tema de forma ordenada y secuencial, con un lenguaje claro y sencillo y un tono adecuado de voz.
- **Reforzamiento:** Se realizó la aclaración de ideas principales, por medio de unas preguntas para comprobar si se entendió el tema tratado, asimismo se respondió dudas de las asistentes.

Fase de evaluación

- **Calificación y evaluación:** en base a las preguntas y respuestas pre y post de los talleres se realizó un comparativo de conocimiento, de actitud, y efectividad. En base a esta metodología, se ofreció una totalidad de 8 talleres con los siguientes temas:

-Apoyo emocional

-Estrés y su manejo

-Autoestima

-Depresión y su manejo

-Embarazo y cambios en su cuerpo

-Aceptación del embarazo

-Embarazo no deseado

-Comunicación con mi bebé

El grupo objetivo fue de 25 niñas embarazadas de 10 a 13 años, la asistencia a los talleres se mantuvo con 8 niñas constantes en todos los talleres. Dentro del material utilizó, según el tema a desarrollar se utilizó música relajante e inspiradora, y ayudas visuales.

2.04 Operacionalización de objetivos

OBJETIVOS	VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICAS/INSTRUMENTOS
<p>General</p> <p>Establecer el nivel de depresión y estrés en la niña embarazada de 10 a 13 años.</p>	<p>Estrés: es una respuesta no especificada del organismo ante cualquier exigencia.</p> <p>Depresión: es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno de sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.</p>	<p>-Sudoración -miedo</p> <p>-Ansiedad -enojo</p> <p>-Debilidad -preocupación</p> <p>-Taquicardia -desmayos</p> <p>-Mareos -intranquilidad</p> <p>-hiperventilación</p> <p>-trastorno digestivo</p> <p>-Adormecimiento en extremidades</p> <p>-Pesadillas</p> <p>-tristeza -culpa</p> <p>-temor -insomnio</p> <p>-desconfianza</p> <p>-preocupación</p> <p>-irritabilidad</p> <p>-falta de concentración</p> <p>-ideación e intento suicida</p>	<p>Test de Estrés de Hamilton</p> <p>Test de Depresión de Hamilton</p>
<p>Específicos</p> <p>Determinar el estado emocional durante el embarazo en las niñas.</p>	<p>Estado emocional: las emociones expresan que ha ocurrido algo de importancia personal, son herramientas y mecanismos para relacionarnos con el entorno y con nosotros mismos.</p> <p>Suceso traumático: acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, inesperada e incontrolable, que pone en peligro la integridad física o psicológica de la persona que se muestra incapaz de afrontarlo.</p>	<p>-tristeza -culpa</p> <p>-soledad - suicida</p> <p>-irritable -temeroso</p> <p>-decepción -enojo</p> <p>-desesperanza</p> <p>-desvalorización</p> <p>-Alteración de ideas</p> <p>-insomnio</p> <p>-temor</p> <p>-miedo</p> <p>-aislamiento</p>	<p>Test de Estrés de Hamilton</p> <p>Test de Depresión de Hamilton</p> <p>Test de Depresión de Hamilton</p>
<p>Determinar cómo el suceso traumático afectó los sentimientos de la niña embarazada.</p>	<p>Sentimientos: es un estado de ánimo que se produce por causas que lo impresionan y</p>	<p>Tristeza</p> <p>culpa</p>	<p>Test de Estrés de Hamilton</p> <p>Test de Depresión de Hamilton</p>

<p>Identificar y brindar estrategias de manejo de estrés.</p>	<p>Manejo de estrés: engloba todas aquellas recomendaciones que tienen por objeto mantener bajo control las situaciones de estrés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Cambie su perspectiva -Haga algo que disfrute -Aprender nuevas formas de relajarse -Conéctese con sus seres queridos -Dormir lo suficiente -Consumir dieta saludable -Aprender a decir que no 	
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CAPÍTULO III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Características del lugar y de la muestra

Características del lugar

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital general San Juan de Dios, ubicado en la 1ª. Avenida 10-50 zona 1, ciudad de Guatemala. Es un Hospital Nacional docente, asistencial, de tercer nivel; del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, responsable de brindar atención médica integral, oportuna, eficiente y eficaz que contribuye en la salud de la población. Es una entidad pública de vanguardia con vocación docente, asistencial y de investigación, brinda atención médica integral a la población guatemalteca, con personal técnico y profesional especializados utilizando la mejor tecnología.

Las especialidades y servicios que presta son: Cardiología, Cirugía, Cirugía Ambulatoria, Cirugía Cardiovascular, Cirugía de Colon y Recto, Cirugía de Tórax, Cirugía Plástica, Clínica de Úlceras, Coloproctología, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia y Rehabilitación, Gastroenterología, Ginecología y Obstetricia, Hematología, Infectología, Maxilofacial, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología y Psicología. Tiene servicio de Emergencias para Adultos, Pediatría y Ginecobstetricia.

La unidad de Epidemiología es una unidad técnica administrativa que implementa y regula los programas de vigilancia epidemiológica de los servicios de atención en función de las políticas de la Dirección Ejecutiva.

La población que se pretende atender en esta institución es de bajos recursos.

Características de la muestra

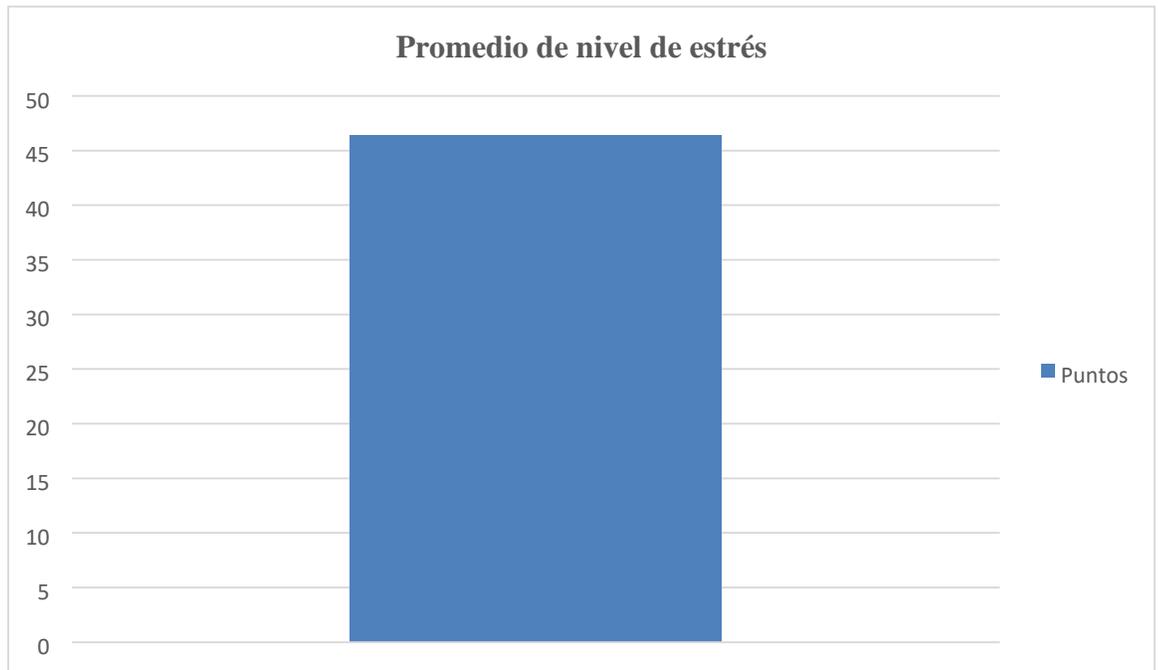
La muestra de esta investigación fue de 25 niñas embarazadas, de 10 a 13 años; (Trabajo Social del Hospital General San Juan de Dios, traslada a la Procuraduría General de la Nación PGN los casos de las niñas embarazadas de 10 y 11 años) por lo que la muestra está comprendida entre 12 y 13 años; el estatus socioeconómico del total de la muestra es bajo; el indicador educativo de la muestra señala nivel primario.

Referente a la condición familiar, se encontró niñas pertenecientes a familias desintegradas, disfuncionales, adoptivas, mono parental, con abuelos como padres, y algunas con familia nuclear; las religiones a las que pertenecían las niñas en gestación eran evangélica o católica, etnia; ladinas.

3.02 Presentación y análisis de resultados

GRÁFICA # 1

Resultados de la media obtenida



Fuente: Protocolo de la prueba de Estrés de Hamilton.

Luego de la aplicación de la prueba, se puede apreciar que la media del nivel de estrés es de 46.36 puntos, que corresponde al 57.95% de estrés en niñas embarazadas.

Análisis de datos

A modo general, luego de evaluar, se pudo apreciar que la media mantiene un nivel de estrés mayor del 50%.

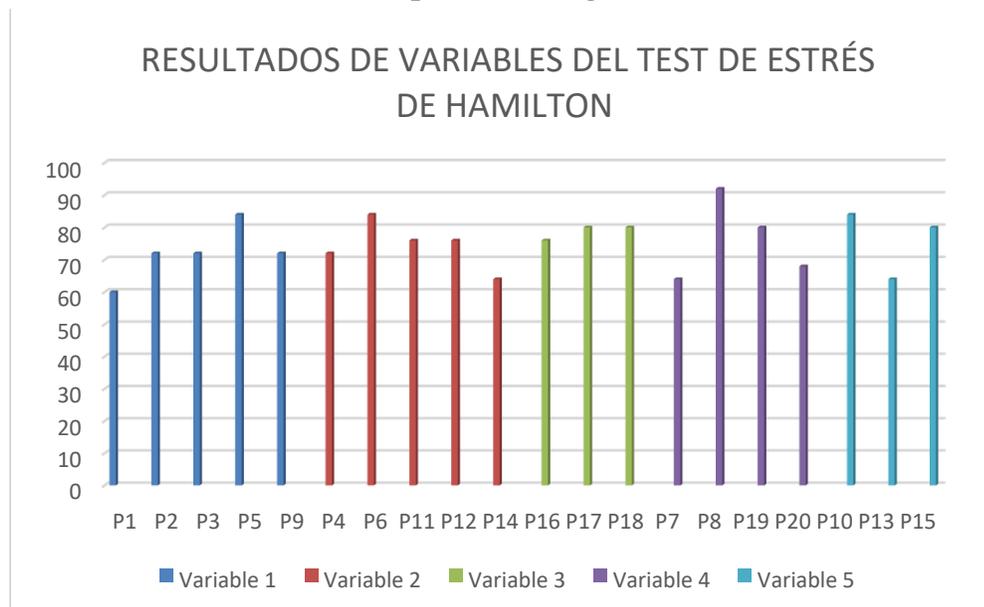
El estrés es muy relevante ya que provoca en la niña un caos emocional que les puede generar problemas somáticos, neuroendocrinos, neuro psicofisiológicos, psicológicos, abatimiento general, contracturas y tensiones. Las cifras que se muestran son altas y preocupantes, ya que no presentan ningún método compensatorio al estrés padecido. El 100% de las niñas embarazadas

padece estrés a distintos niveles, lo ideal sería, que estas niñas en gestación lograran mantener seguimiento de control de estrés, aprender técnicas para el control de este, así prevenir el desarrollo de alguna enfermedad complicada.

Además, las cifras manifiestan una alarmante situación que está presente en la sociedad.

En relación con las variables mencionadas, estas se analizan pregunta a pregunta, mencionando el tipo de variable.

GRÁFICA # 2 Resultado de aplicación diagnóstica de estrés



Fuente: Protocolo de la prueba de Estrés de Hamilton.

Para que el análisis de la prueba de estrés de Hamilton se complete, se clasificó las variables y su relación con cada pregunta. Por lo que dicho análisis se efectúa pregunta a pregunta; el puntaje total para cada pregunta es de 100 puntos, a partir de éste, se saca el porcentaje. A continuación, se explican los resultados obtenidos.

Variable I: “síntomas de trastorno del estado de ánimo”

Pregunta 1: “Me siento más nervioso y ansioso de lo normal”

Las respuestas de las niñas embarazadas variaron entre “raramente” 7 puntos (pts.) y “algunas veces” (8 pts.) principalmente y en menor escala “muchas veces” y “siempre” aludiendo a que un 60% reconoce estar nerviosa y ansiosa.

Este resultado refleja que las niñas en gestación evaluadas mantienen nerviosismo y ansiedad por su estado actual que muchas no logran entender o aceptar consecuentemente no saben manejarlo, lo que las mantiene alteradas por la incertidumbre de su futuro.

Pregunta 2: “Siento miedo sin ver razón para ello”

“Raramente” (10 pts.) y “algunas veces” (8 pts.) que mostró con 72% según las respuestas. Resultado que refleja como en la pregunta anterior la incertidumbre ante su porvenir, el miedo a lo desconocido y al fracaso.

Pregunta 3: “Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor”

Se alcanzó el 72% según las respuestas, teniendo el mismo puntaje (algunas veces, muchas veces y siempre) con (6 pts. cada una); se concluye que la paciente necesita desahogar su inconformidad con su situación, además por su corta edad emocionalmente es inestable y el bloqueo de su vida cotidiana la irrita.

Pregunta 5: “Siento que todo va bien y nada malo puede suceder”

“Raramente” (11 pts.) y “algunas veces” (10 pts.) alcanzaron el 84%, este porcentaje refleja que está alerta a lo que ocurra, la incertidumbre, la dependencia con la que ha vivido hasta ahora, y el estrés la hacen padecer un estado de ánimo temeroso.

Pregunta 9: “Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente”

Las respuestas “raramente” (12 pts.) y “algunas veces” (6 pts.) marcan un 72%, que es un indicador de la intranquilidad que les dificulta estar sentadas.

Variable II: “reacciones psicósomáticas”

Subvariable: “pseudo neurológico”

Pregunta 4: “Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar”

Las respuestas con punteos más importantes son “raramente” (12 pts.) y “algunas veces” (6 pts.) con 72%, refleja que la situación actual sobrepasa la capacidad de la niña para enfrentar su situación, es una carga enorme para una niña de su edad.

Pregunta 6: “Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan”

“raramente” (14 pts.) tuvo mayor punteo, y “siempre” (7 pts.) fue otra respuesta fuerte en su punteo, conducen al 84%, el estrés, la fatiga y el estado de gestación contribuyen a este padecimiento.

Pregunta 11: “Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento”

“Raramente” (14 pts.) y “muchas veces” (5pts.) representan el 76%, que refleja tanto el embarazo como su debilidad por el mismo la hacen padecer mareos, también provocados por la gran presión que siente sofocándola a tal grado de sentir mareos.

Pregunta 12: “Tengo periodos de desmayo o algo así”

“Raramente” (19 pts.) logra un 76%, que se considera normal para embarazadas, pero además de su estado de gestación la situación puede provocarle presión a nivel del pecho y esto provoque los desmayos.

Pregunta 14: “Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies”

“Raramente” (8pts.) y “algunas veces” (8 pts.) obteniendo 64%, con esto se concluye que las niñas embarazadas no perciben estas molestias, posible mente a su corta edad.

Pregunta 16: “Tengo que orinar con mucha frecuencia”

“Siempre” (11 pts.) y “raramente” (8 pts.) reflejaron el 76%, se concluye que el embarazo influye a que el orinar sea más frecuente, debido al peso del bebé que hace comprimir la vejiga.

Pregunta 17: “Mis manos las siento secas y cálidas”

“Raramente” (16 pts.) destacó entre las otras respuestas y “algunas veces” (4 pts.), con un 80 % de prevalencia, esto muestra un movimiento normal de hormonas por el estado de gestación en que se encuentran.

Pregunta 18: “Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo”

“Raramente” (15 pts.) “algunas veces” (5 pts.) que refleja el 80% fue la alternativa más alta entre las respuestas, es un padecimiento casi nulo dentro de las niñas embarazadas.

Subvariable “Síntomas dolorosos”

Pregunta 7: “Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda”

“Raramente” (9 pts.) y “algunas veces” (7 pts.) conducen al 64%, esto implica que su estado de gestación no hace latente estas dolencias.

Subvariable “trastorno de Sueño”

Pregunta 8: “Me siento débil y me canso con facilidad”

“siempre” (11 pts.), “algunas veces” (6 pts.) y “rara vez” (6 pts.) mostraron un 92%, que señala que el estrés más el estado de gestación a tan corta edad debilita a las niñas provocando cansancio fácilmente.

Pregunta 19: “Puedo dormir con facilidad y descansar bien”

“Raramente” (13 pts.) y “siempre” (7 pts.) son los puntos más altos que señalan el 80%, manifiestan estrés e incomodidad por su estado de gestación, que es un alto porcentaje del padecimiento.

Pregunta 20: “Tengo pesadillas”

“Raramente” (12 pts.) y “siempre” (5pts.) alcanza un porcentaje de 68%, en relación con la pregunta anterior, las niñas embarazadas evaluadas reflejan padecimiento de insomnio, mismo que altera el descanso, por lo tanto, al estar agotadas, el sueño que logren será más profundo y como resultado no recordaran si soñaron.

Subvariable “Cardiopulmonar”

Pregunta 10: “siento que mi corazón late con rapidez”

“Raramente” (12 pts.) y “siempre” (9 pts.), las respuestas se presentaron en extremos opuestos alcanzando el total de respuestas el 84%, lo cual indica que el estrés que padecen las hace padecer problemas cardiopulmonares.

Pregunta 13: “Puedo respirar bien con facilidad”

“Siempre” (16 pts.) marca el 64% de respuestas, esto refleja que no tienen problema al respecto.

Subvariable “gastrointestinales”

Pregunta 15: “Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones”

“Raramente” (12 pts.) y “algunas veces” (8 pts.) logran un 80% por lo tanto este padecimiento ni es alarmante entre las niñas embarazadas.

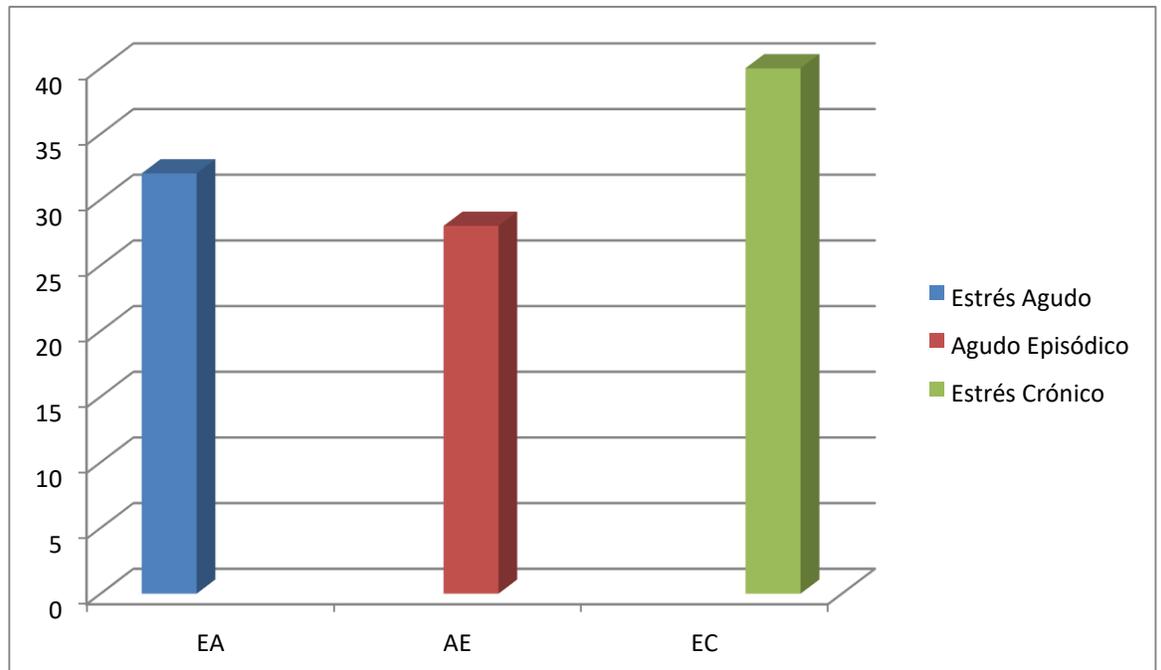
En resumen, el análisis de las respuestas de las niñas embarazadas, pone de manifiesto que la situación actual en general, causa un desequilibrio psicosomático y de estado de ánimo, tanto el trauma del abuso del cual fueron víctimas, el embarazo repentino e involuntario que sobrepasa su capacidad; la hace vivir con miedos: de repetir la mala experiencia que vivió, al fracaso, intranquilidad, enfado por su situación, por ser impotente ante la situación por no poder desahogarse, vive intranquila y alerta por si algo malo pudiera pasar.

Todo ese estado de ánimo enfermo, la agota al grado de tener padecimientos psicosomáticos, sabe que su situación la sobrepasa; las molestias normales por su gestación se incrementan por su estado de trauma por el abuso padecido, su organismo está más débil, su estado cardiopulmonar se afecta, padece de insomnio ya que se mantiene en un estado de alerta.

Todos los síntomas tanto de su estado de ánimo como psicosomáticos señalan el padecimiento de estrés presentándose en diferentes niñas embarazadas en las siguientes categorías: agudo, agudo episódico, crónico.

Es importante manejar los niveles de estrés para evitar que los padecimientos se vuelvan extremos o fatales.

**Gráfica # 3 NIVELES DE ESTRÉS DE LA PRUEBA DE HAMILTON
PORCENTAJES**



Fuente: Protocolo de la prueba de Hamilton.

El 32% de las pacientes reflejó estrés agudo, el 28% presentó agudo episódico, y el 40% presentó estrés crónico. Luego de la aplicación de la prueba del test de estrés de Hamilton se pudo apreciar que todas las pacientes padecen de estrés, debido a la experiencia traumática que desencadenó el embarazo actual, aunque el porcentaje de niñas embarazadas con estrés crónico es menor al 50%, es preocupante ya que no hay un método compensatorio que controle el estrés padecido y los niveles agudo y agudo episódico incluso el crónico pueden agravarse en la etapa postparto.

Para obtener el análisis de la prueba de Depresión de Hamilton, hubo que clasificar las variables y relacionarlas con cada pregunta, la variable de somatizaciones se compone de subvariables, que van en función de preguntas específicas de la prueba de Hamilton. Por esta razón, el análisis se va a efectuar pregunta a pregunta; para cada pregunta el puntaje máximo que se puede obtener es de 100 puntos, a partir de éste se saca el porcentaje de cada una.

A continuación, se explican los resultados y algunas conclusiones.

El área por trabajar se divide en dos variables: síntomas de trastorno de estado de ánimo y reacciones psicósomáticas.

Variable I: Síntomas de Trastorno de estados de ánimo:

Pregunta 1: “Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista, lloro con facilidad”

“Algunas veces” (12 pts.) obtuvo el mayor puntaje logrando un 48%. Las niñas embarazadas evaluadas presentan este estado de ánimo por ser dependientes, por su corta edad, su situación de gestación, que las hace más sensibles y sentirse limitadas.

Pregunta 2: “Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.”

“Nunca” (10 pts.) es la respuesta con mayor punteo reflejando un 40%.

Las evaluadas, reconocen que fueron víctimas por lo que no les afecta este ítem.

Pregunta 3: “Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.”

“Nunca” (20 pts.) es la respuesta con más punteo equivalente al 80%. Por su corta edad, y tener conocimiento de que van a dar vida a un bebé y con la esperanza de que todo salga bien, no están afectadas hasta este punto.

Pregunta 4: “Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.”

“Nunca” (10 pts.) y “algunas veces” (10 pts.) obtuvieron el mismo punteo reflejando el 80%. Por la incidencia de este estado de ánimo reflejaría padecimiento de estrés.

Pregunta 5: “Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.”

La respuesta “algunas veces” (11 pts.) sobresale y “nunca” (5 pts.) refleja un 64%. La niña gestante, está afectada, por el trauma padecido además su de estado.

Pregunta 6: “Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme”

Las respuestas con punteo alto y muy similar son “nunca” (8 pts.), “algunas veces” (6 pts.) y “casi siempre” (7 pts.) reflejando el 84%. Aun afectada por el trauma de abuso, y ahora en estado de gestación se siente temerosa, tanto del hecho recién ocurrido y de algún acontecimiento negativo futuro, por esto y por su estado de gravidez está más sensible y estresada.

Pregunta 20: “Por las mañanas (o por las tardes me siento peor).”

“Nunca” (10 pts.) y “algunas veces” (4 pts.) refleja el 56%. La niña embarazada mantiene un estado de ánimo regular.

Variable II: Reacciones psicósomáticas

Subvariable: Pseudo neurológico

Pregunta 8: “Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.”

“Nunca” (8pts.) y “algunas veces” (10 pts.) obtuvieron el mayor punteo reflejando el 72%.

El cuerpo de la niña embarazada está constante cambio debido a su estado de gravidez; además el resultado de su cambio hormonal, del estrés en el cual se mantiene, la hacen preocuparse y necesitar ayuda profesional.

Pregunta 9. “A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.”

El punteo mayor es para las respuestas “nunca” (12 pts.) y “algunas veces” (11 pts.), reflejan el 92%. En su estado gestante siendo una niña es normal que se sienta como si no fuera ella, porque los cambios alteraron su vida totalmente y siendo una niña está viviendo una experiencia de mujer, por lo que su realidad está fuera de lo normal.

Pregunta 10: “Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.”

“Nunca” (9 pts.) y “algunas veces” (11 pts.) reflejan en su punteo 80%. Esa desconfianza se debe a la mala experiencia recién vivida, y el temor a que vuelva a suceder la hace estar alerta y tener sentimiento de persecución.

Pregunta 14: “Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estarme quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.”

“Nunca” (14 pts.) tiene más punteo refleja el 56%. El ir aceptando el hecho de que será madre, el sentirse apoyada, y tener otros tipos de pensamientos referente a su responsabilidad futura evita este tipo de comportamiento.

Pregunta 19: “No sé lo que pasa, me siento confundido.”

“Nunca” (9 pts.) y “siempre” (6 pts.) son respuestas con mayor punteo reflejando el 60%.

Algunas niñas gestantes, no aceptan aun su situación y se confunden al no poder continuar con su estilo de vida anterior, con sus rutinas. Y otro grupo ya pudo comprender su situación.

Pregunta 21: “se me mete ideas en la cabeza, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.”

“Nunca” (13 pts.) y “algunas veces” (6 pts.) son los puntos mayores y refleja el 76%. La gestante está tan preocupada por su estado actual, por sus cambios en la vida y ocupada en tratar de prepararse para la gran responsabilidad que pronto enfrentará que no tiene este padecimiento.

Subvariable: Síntomas dolorosos

Pregunta 16: “Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.”

“Nunca” (6 pts.) y “algunas veces” (8 pts.) reflejan el 56%. La misma situación de embarazo y el estrés tanto de su gestación como del estrés que padece tiene estos síntomas.

Subvariable: Trastornos del sueño

Pregunta 11: “Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.”

“Nunca” (7 pts.) y “algunas veces” (6 pts.) alcanza el 52%, la debilidad propia de su estado gestante muestra que no padecen este problema.

Pregunta 12: “Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme”

“Nunca” (6 pts.) y “algunas veces” (7 pts.) logran un punteo del 52%. Al igual que la respuesta anterior este síntoma no es significativo.

Pregunta 13: “Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.”

“Nunca” (9 pts.) y “siempre” (7 pts.) muestran un 64%, las respuestas son totalmente opuestas, las causas en un grupo pueden deberse a la situación de embarazo actual, ya que, a muchas embarazadas, su estado les causa sueño; al otro grupo el estrés y/o depresión puede alterar el sueño.

Variable: Gastrointestinales

Pregunta 7: “Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia”

“Nunca” (6 pts.) y “algunas veces” (10 pts.) reflejan el 64%, no se refleja padecimiento importante.

Pregunta 15: “Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento”

“Nunca” (15 pts.) y “algunas veces” (6 pts.) reflejan el 84% en las respuestas, el embarazo ocasiona algunas veces estos síntomas, pero las respuestas no indican algo significativo.

Pregunta 18: “Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.”

“Nunca” (13 pts.) y “algunas veces” (5 pts.) reflejan el 72%. No es preocupante ni significativo este padecimiento.

Variable Síntomas Genitales

Pregunta 17: “No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.”

“Nunca” (20 pts.) y “algunas veces” (3 pts.) refleja el 92%, no se refleja padecimiento de este síntoma.

**TABLA # 1 RESULTADO DE LA APLICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA
PRUEBA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON**

Puntuación	Gravedad de Cuadro	Cantidad de Niñas
0-7	Normal	1
8-12	Leve	6
13-17	Moderado	4
18-29	Severo	4
30-52	Muy Severo	10

Fuente: Test de Depresión de Hamilton.

En resumen, las niñas embarazadas están viviendo una experiencia que sobrepasa sus límites, su corta edad, su falta de madurez física, psíquica, emocional, profesional, hacen que se sienta confundida, inútil para afrontar de la mejor forma el momento actual y lo que ha de venir.

Siendo dependiente totalmente espera apoyo de sus progenitores o encargados, en su mente hay miles de ideas desordenadas que la hacen deprimirse; buscando culpables, tratando de entender y aceptar su situación, sintiéndose obligada a continuar con su vida porque su misma edad espera poder crecer y vivir, sabe que lo que trae su futuro será difícil, pero aún no imagina la magnitud de la responsabilidad tanto de su propia vida como la de su hijo.

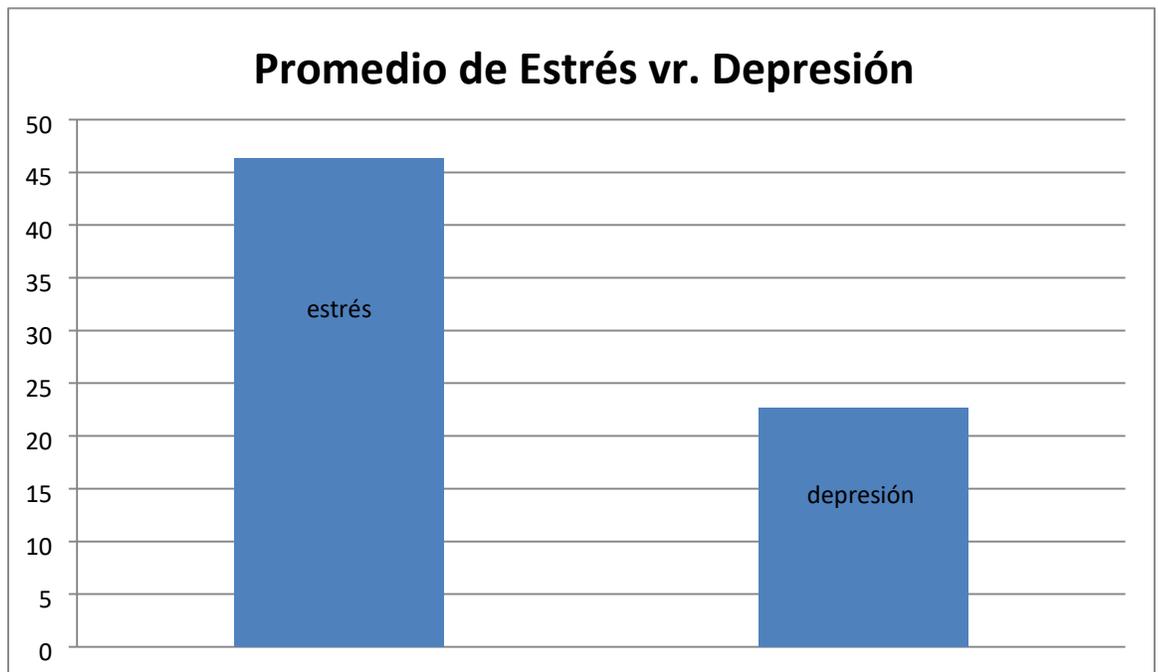
El trauma y su vida llena de incertidumbres además de síntomas propios del embarazo, la hacen padecer algunos síntomas depresivos.

Los síntomas no son excluyentes entre sí al contrario se relacionan, pues el cuerpo humano es complejo. Sin importar el grado de depresión que se presente, es fundamental manejarlo por profesionales con terapias psicológicas,

tratamientos farmacológicos, cognitivos y conductuales; el evaluar las situaciones relevantes de forma realista, formular explicaciones racionales, alternativas, programar actividades, asignar tareas, la práctica cognitiva y entrenamiento asertivo.

GRÁFICA # 4

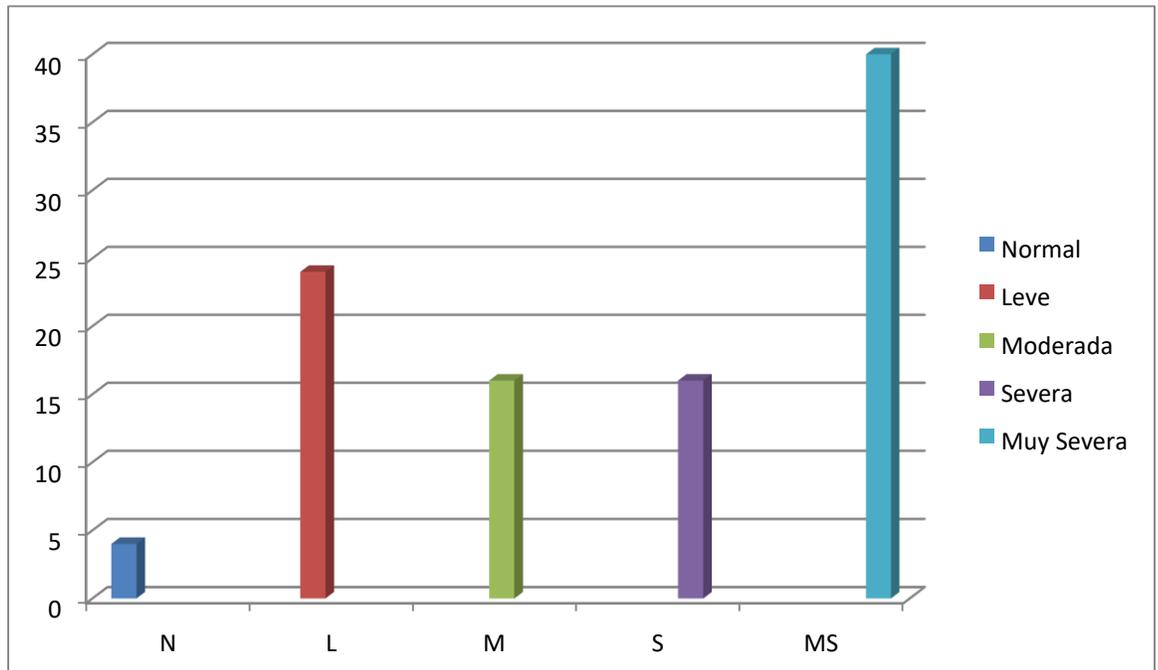
Nivel de promedio entre Estrés vs. Depresión



Fuente: Resultado de la media en la evaluación de nivel de estrés y depresión según la prueba de Estrés de Hamilton y la prueba de Depresión de Hamilton.

La media en la evaluación del nivel de estrés en la presente investigación es de 46.36 puntos y 22.68 puntos con relación a depresión. Este es el punto de equilibrio en relación con la evaluación de estrés y depresión; ya que los datos son homogéneos la media nos da un valor representativo de la realidad del estrés y la depresión que afecta a las niñas embarazadas.

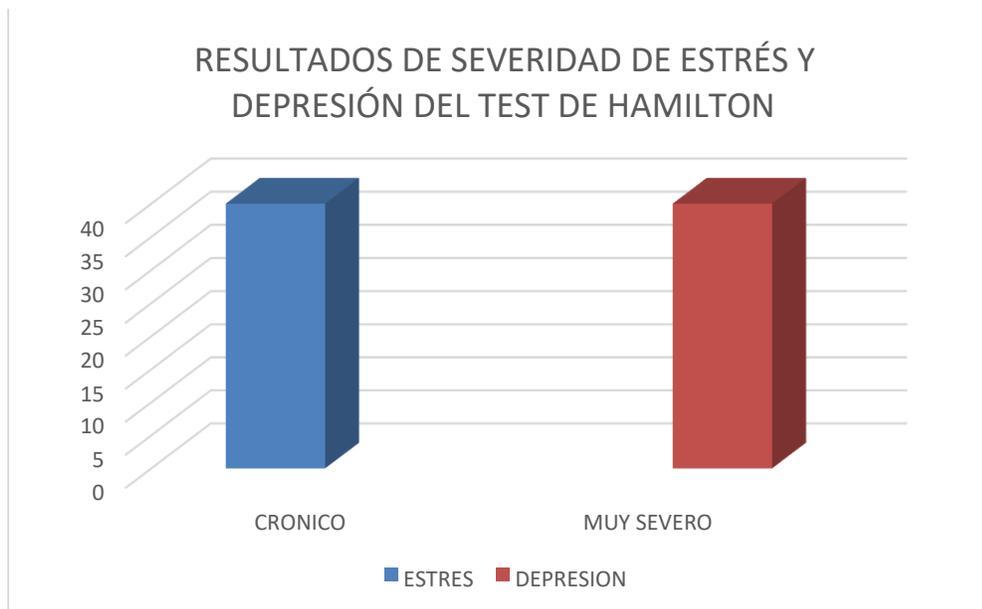
GRÁFICA # 5 Niveles de Depresión



Fuente: Protocolo de la prueba de Depresión de Hamilton.

El resultado de depresión en niñas embarazadas mostró depresión muy severa con un 40%, depresión severa 16%, moderada 16%, leve con un 24%, y normal un 4% ósea sin sintomatología depresiva. Este resultado muestra que el abuso sexual y el producto de este ósea el embarazo precoz, afecta a la paciente de una forma preocupante, se observa el nivel muy severo en el porcentaje más alto 40% y severo con 16%, haciendo un total de 56% cifra muy preocupante que requiere intervención profesional con terapias psicológicas, tratamientos farmacológicos, cognitivos y conductuales para que la paciente pueda sobrellevar su realidad y así poder evitar complicaciones más severas.

GRÁFICA # 6 NIVELES CUSPIDE DE ESTRÉS Y DEPRESIÓN



Fuente: Protocolo de la prueba de Estrés y Depresión de Hamilton.

Los niveles de estrés y depresión en su nivel cúspide alcanzaron el 40%; no significa que todos los niveles coincidan, sólo en el nivel más alto, este dato sobresale porque con una experiencia traumática como la que experimentaron estas niñas embarazadas, es notorio que su vida se vea afectada integralmente y requieran intervención profesional continua.

3.03 Análisis general

El embarazo precoz es el producto de un abuso sexual, que en muchas ocasiones no se denuncia por miedo, vergüenza, por no exponer al agresor que podría ser parte de la familia o amigo de ésta.

La niña embarazada fue forzada a interrumpir su desarrollo integral; la tragedia no sólo afecta a la madre sino a su bebé. La gestante no solo padecerá los problemas y síntomas típicos del embarazo sino también tendrá que sobreponerse del trauma del abuso sexual, aceptar su estado de gravidez y superarlo; todo esto sobrepasa la capacidad de una niña conduciéndola a padecer estrés y/o depresión.

Todas las niñas de la muestra presentaron algún grado de estrés y/o depresión según los síntomas que señalaron en las respuestas utilizando la prueba de Estrés de Hamilton y la prueba de depresión de Hamilton, con lo que se confirmó que el 32% reflejó estrés agudo; el 28% agudo episódico y 40% de crónico. En relación con depresión se mostró: depresión muy severa 40%, severa 16%, moderada 16%, leve 24% y sin sintomatología depresiva 4%.

Se sintetiza que las niñas embarazadas tienen más probabilidades de abandonar los estudios, convirtiéndose en consecuencia de pobreza que puede acentuarse y conlleva que la niña se ocupa del plano familiar y labores domésticos, lo que hace la dependencia un factor de riesgo de violencia de género, debido a su inexperiencia por edad e inmadurez en todas sus áreas.

Pese a que hay programas orientadores de sexualidad, las niñas no tienen información sobre el tema ya que no llegan a niñas de tan corta edad, para algunos padres son tabú estos temas además no hay comunicación familiar, no tienen confianza con los progenitores, etc., el problema son las niñas, las víctimas de estas carencias, su ingenuidad nata, la desinformación, el abandono, el desconocimiento de defensa personal las hace más vulnerables, las amenazas del agresor hacen cambiar la actitud de la niña, pero los padres

no lo notan debido al poco tiempo que están con sus hijas, el sentimiento de miedo las hace no denunciar el abuso al cual son sometidas e inician el padecimiento de estrés; el abandono les crea sentimientos de soledad y sumado a la pena de su desventura va aumentando a niveles más altos de estrés. En el momento de enterarse de su embarazo entran a un cuadro depresivo en el que aumenta el nivel, mientras va desarrollándose el mismo; presentan sentimientos de negación, rechazo, cólera, miedo, etc., sentimientos y emociones que la afectan de forma integral creando niveles de estrés y depresión hasta sus niveles más altos.

Los objetivos se cumplieron ya que se presenta la presencia tanto de estrés como depresión, con la evaluación se conoció el nivel de estrés y depresión, se logró por medio de talleres y técnicas que aprendieran el manejo del estrés, también se logró hacer conciencia sobre la importancia del seguimiento en la depresión.

Entre los hallazgos se constata que, de las 25 niñas de la muestra, solo una deseaba ser madre previa para padecer el abuso.

Una niña de 12 años, hija única, cuyos progenitores trabajaban y regresaban a su casa en la noche, tenía como pasatiempo cuidar hijos de los vecinos, era buena estudiante, cursaba 6to primaria, sus padres ignoraban que mantenía un noviazgo con un joven de 14 años, los padres del joven también ignoraban el noviazgo de su hijo; un día el joven la llevó a su casa que estaba sola, ella accedió, él la sedujo y luego de esa relación quedó embarazada. El novio al enterarse del embarazo no la apoyó y los papás de él tampoco; a pesar de todo ella estaba feliz, sus padres la apoyan.

El mantenerse muy sola la condujo a buscar compañía, la desinformación e inequidad la hicieron acceder, y aunque es positivo que ella tenga el deseo de tener un bebé, no tiene madurez emocional, psicológica, física ni fisiológica y presentó estrés agudo, normal para un futuro incierto.

Los siguientes talleres: apoyo emocional, autoestima, embarazo y cambios en su cuerpo, embarazo no deseado, el estrés y su manejo, la depresión y su manejo, la aceptación del embarazo, la comunicación con mi bebé; y las siguientes técnicas: manejo de estrés, manejo de depresión, visualización y relajación, incluso las preguntas de los test de estrés y depresión de Hamilton, ayudaron a las niñas a conocer su realidad, por testimonio escrito se confirmó la aceptación de la niña hacia el bebé y el deseo de afrontar la situación; el saber que no están solas que además de su progenitora acompañante existen personas profesionales que les pueden ayudar, les dio tranquilidad. Estos casos llegan al corazón, niñas criando niños, que a tan temprana edad padecen estrés y/o depresión, no basta brindarles ayuda sino prevenir estas lamentables experiencias, la labor inicia en el hogar.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.01 Conclusiones

- Se determinó que las condiciones de las niñas embarazadas eran similares, con respecto a su edad, el suceso traumático padecido, la afectación psicológica, emocional y física, la condición en la sociedad y en la familia, el nivel de información sexual nulo, con lo que se concluye que las niñas entre las edades de 10 a 13 años son vulnerables, ingenuas y requieren hacer cumplir su derecho de protección como ciudadanas que son, además urge que los programas de educación sexual lleguen a su destino inclusive la información de lugares con personas que brinden apoyo.
- Se determinó que el suceso traumático afectó la vida de las niñas embarazadas en los siguientes aspectos: físico, mental, social, moral, emocional, psicológico, educativo.
- Se determinó que el 16% de las niñas embarazadas, presentó un nivel de estrés mayor a la media (46.36) con una desviación de (11.029); el 32% reflejó estrés agudo; 28% agudo episódico y 40% crónico. Lo que hacen estas cifras altas y preocupantes ya que no presentan ningún método compensatorio.
- En relación a depresión el 20% de niñas embarazadas presentó un nivel mayor a la media (22.68) con desviación de (10.096); 40% mostró depresión muy severa; 16% depresión severa; 16% moderada; 24% leve; y un 4% se presentó sin sintomatología depresiva. Son cifras altas y preocupantes ya que no presentan ningún método compensatorio de depresión.
- Se detectó que la presencia de estrés es más frecuente que la depresión por los resultados que nos arrojan la media correspondiente; el estrés muestra una media de cuarenta y seis puntos treinta y seis y la depresión una media de veintidós puntos sesenta y ocho.

Los talleres psicoeducativos desarrollados como colaboración al área de psicología aportaron conocimiento sobre los cambios que su cuerpo experimentaría en el desarrollo del embarazo, mediante el apoyo emocional que se brindó en los talleres se logró que las niñas expresaran sus emociones y sentimientos, en el taller de autoestima se mostró el valor personal que tienen, el valor de la vida y del bebé que llevan dentro.

4.02 Recomendaciones

- A la institución, en base al resultado obtenido de la prueba de Estrés de Hamilton aplicado a las niñas embarazadas de 10 a 13 años, presentan altos niveles de estrés por lo que se recomienda terapias con especialistas para evitar un problema de salud mental mayor.

- Implementar un área para actividades de apoyo a las pacientes.

- Habilitar permanentemente el programa de control de estrés y depresión.

-Implementar terapias de relajación.

- A las madres de familia en relación con el resultado obtenido del Test de Depresión de Hamilton aplicado a la muestra, presentan niveles altos que deben tratarse con especialistas para evitar problemas mayores, se recomienda apoyarlas para que asistan y tengan un seguimiento acorde a su necesidad.

-Al área educativa se recomienda aumentar la cobertura de prevención y educación sexual desde niveles de primaria.

-Al área hospitalaria se recomienda implementar un área de orientación a niñas embarazadas.

- Mantener un programa de terapia familiar y escuela para padres de niñas embarazadas para que se involucren en el proceso de apoyo para aceptación de su situación actual, e instruirlos sobre abuso sexual y concientizar sobre su rol orientador.

Referencias

4.03 Referencias

Álvarez Sintés. (2008). Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas pág. 250

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de Consultas de los criterios diagnósticos DSM-5. Arlington: VA. Asociación Americana de Psiquiatría.

Atrash HK, Friede A, Houge CJR. (1987) Abdominal Pregnancy in the United States: Frequency and Mortality. pág. 7 Obstet Gynecol.

Barker DJP. (1995). Fetal Origins of coronary heart disease. BMJ:31,1:171-4 Abstract

Bernal Martínez S, Olivares Valencia C. (2001). Embarazo en la adolescencia. México: Nueva Síntesis.

Centro de Reportes Informativos sobre Guatemala (CERIGUA). Alianza SORORARIO por la vida de las Mujeres. (2003). Prevención de Embarazos en Niñas y adolescentes, un reto para Guatemala. CERIGUA documento completo. Guatemala.

Charaf, Martina. (2012). Creación Integral Educreate Educación Creativa. 2da. ed. España: S.L. Santiago Compostela, Galicia.

Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. (2002). Prevención del Embarazo no planeado en los Adolescentes. 2da ed. México D.F: Homero. pág.49

Estado de la Población Mundial. (2013). Maternidad en la Niñez, enfrentando el reto del embarazo adolescente. República Dominicana:

countryoffice.unfpa.org>Dominican Republic.

Forsell, Linda. (agosto/2015). Estudio fotográfico actual. Guatemala: fotógrafa sueca

Gabbe, SG. Niebyl JR, Simpson JL. (2007) Obstetrics-Normal and Problem Pregnancies. 5ta. ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.

Gómez López; Ma. Eugenia, et. al. (2006). Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. México D.F: Psicología Iberoamericana. 14(2):28-35

Gómez, Pio Iván. (enero/2011) Factores relacionados con el embarazo y la Maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Lima Perú: Dr. Luis Távara Orozco. p. 92

Hans Selye, El Estrés cap. II p.25

Harrison, KA. (1997). African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive. Published by: Women's Health and Action Research Centre (WHARC). [consultado Enero 2010];1(1):7-13.

D Hansen. HC; Northentoft, M; Pryds, O., Jensen, F. (sept. /1994). Parental stressors of human life affect fetal brain development. Dev Med Child Neurol. 36 (9): 826-32. Abstract

Infogen.org.mx/edad-ideal-para-el-embarazo/

International Planned Parenthood Federation (IPPF), (2011-2013). Profamilia. Análisis de la Situación de Embarazos en Niñas y Adolescentes en Guatemala 2011-2013. Guatemala: Informe Temático. pág. 47.

Issler JR. (agosto/2001) Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina. pág.11-23.

Kumbi S, Isehak A. (2007). Obstetric outcome of teenage pregnancy in northwestern Ethiopia. East Afr Med J. pág.40.

Makinson C. (1985). The health consequences of teenage fertility. Fam Plann Perspect.

McGrath (1970) Psicología online p.75

Michael Odent (2008) crianza Natural, estrés durante el embarazo

Molina S, Marta. et. al. (2004). Embarazo en la Adolescencia y su relación con la Deserción Escolar. Chile: Revista Médica.

Muñoz P, Maritza; Oliva M. Patricio. (2009). Los Estresores Psicosociales se Asocian a Síndrome Hipertensivo del Embarazo y/o Síntomas de Parto Prematuro en el Embarazo Adolescente. Chile: Revista Chilena Obstétrica Ginecológica.

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR). (dic. /2013) Embarazo en Niñas y Adolescentes en Guatemala. Guatemala: Derechos Humanos. Guatemala. Boletín No. 5.

Observatorio de Violencia Sexual y Femicidio en Guatemala (CERIGUA) Alianza SORORARIO por la vida de las Mujeres, Prevención de embarazos en niñas y adolescentes. Guatemala: Un reto para Guatemala.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Manual de Atención Integral a la Depresión y el Suicidio en Adolescentes. Costa Rica. pág.47

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (1998). Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington: Cuaderno Técnico No.12.

Periodismo Humano. Mujer, Comunicado de Prensa Acc: pobreza, baja educación y falta de oportunidad aumentan riesgo de embarazo en adolescentes.

Portillo Dardón, Ana Fabiola. (mayo/2014). Características y Consecuencias sociales del Embarazo en la Adolescencia.

Procurador de los Derechos Humanos. (2011-2013). Análisis de la situación de embarazos en Niños y Adolescentes Guatemala. Guatemala: Defensoría de la Mujer.

Rodríguez López, Yahira. et.al. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. Paraguay, Asunción: Eureka p. 58-78.

Sells (1970) Psicología online p.75

Speidel J, Harper CC, Shields WC. (2008) The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. Contraception. [http:// todosobreelebarazo.blogspot.com/](http://todosobreelebarazo.blogspot.com/)

Stern, Claudio. (2004). Vulnerabilidad Social y Embarazo Adolescente en México. México, Toluca: Universidad Autónoma del Estado de México. p. 129-158.

Tahira Vargas Doctorado Investigadora en estudios etnográficos y cualitativos en temas como: pobreza- marginación social, movimientos sociales, género, violencia, migración, juventud y parentesco.

UNICEF. La niñez guatemalteca en cifras. (2007). Compendio Estadístico sobre las niñas, niños y adolescentes guatemaltecos. Guatemala: UNICEF.

UNICEF. (2014). Vivencias y Relatos de Embarazos en Adolescentes. pág. 79. República de Panamá: Ciudad del Saber Clayton Panamá.

V Lemaire, Koehl M, Le Moal, Abrous DN., (sep./26/2000). Prenatal stress produces learning deficits associated with an inhibition of neurogenesis in the hippocampus. USA:

Proc Natl Acad Sci. Artículo completo.

Valdés Dacal, Sigfrido. et. al. (2002). Embarazo en la Adolescencia, Incidencia, Riesgos y Complicaciones. Cuba: Revista Cubana Obstétrica Ginecológica.

Valladares, Danilo. (12/12/2013). Pobreza, educación y falta de oportunidad aumentan riesgo de embarazo en adolescentes. Guatemala: Periodismo Humano Mujer.

Wisborg K, Barklin A, Hedegaard M, Henriksen TB. (Jun/2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth. Abstract: prospective study.

Wolff L, Claudia. et. al. (2009). Depresión Posparto en el Embarazo Adolescente: Análisis del Problema y sus Consecuencias. Chile: Revista Chilena Obstetricia Ginecológica.

ANEXOS

ANEXO # 1

CARTA DE CONSETIMIENTO INFORMADO

Guatemala, ___ de _____ del 2016

Yo, _____, que
me (nombre de encargado)

Identifico con Documento Personal de Identificación (DPI) con el Número de Registro de Identificación Personal _____ de Registro Nacional de las Personas –RENAP- en Guatemala; autorizo a mi hija _____ de _____ años, para que pueda participar en charlas y talleres de asistencia psicológica que brinda la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala con el fin de apoyar a niñas embarazadas que puedan presentar depresión y/o estrés en su embarazo. Este es un Proyecto de Tesis a cargo de la señorita Jeny Elizabet Castellanos Rodríguez.

Sin otro particular me suscribo atentamente,

(f) _____

Nombre:

DPI:

Teléfono:

Dirección:

fc. expediente
proyecto

ANEXO # 2
CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Guatemala, ____ de _____ del 2016

Por _____ este _____ medio yo, _____ de _____ años, deseo participar en el proyecto de investigación titulado “Depresión y estrés en niñas embarazadas de 10 a 13 años de edad del área de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios”. En vista que soy menor de edad adjunto autorización de mi padre/madre o encargado cuyo nombre es:

_____ y se identifica con el Documento Personal de Identificación, con Registro Único de identificación

_____ Del Registro Nacional de las Personas de Guatemala.

Se me ha informado claramente que mi participación consistirá en realizar pruebas escritas para conocer niveles de estrés y depresión si los padeciera en esta etapa de embarazo, asistir a charlas y talleres donde me ayudarán a manejarlos.

Atentamente,

Nombre de paciente

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

APOYANDO A LAS NIÑAS EMBARAZADAS DE 10 A 13 AÑOS DE EDAD POR UN MEJOR FUTURO

ANEXO # 3 PROTOCOLO DE OBSERVACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de
aplicación: _____

CONDUC 'A		SIGNOS		RELACION CON PADRES	
Distante		Maltrato		Distante	
Evasiva		Afecto de su familia		Cercana	
Temerosa		Abandono		Conflictiva	
Desafiante		Nerviosa		Lejana	
Tímida		Ansiosa		No hay relación	

Observaciones extras:

ANEXO # 4

“CUESTIONARIO”

- **Nombre:**

- **Edad:** _____

- **Tiempo de gestación:** _____

- 1. ¿Planificó o pensó tener un embarazo?**

SI

NO

- 2. Si su respuesta de arriba fue NO, responda... ¿Se quedará con el bebe?**

SI

NO

- 3. Si su respuesta de arriba fue NO, responda... ¿Qué planes tiene para el bebe?**

- *Adopción* *Darlo a sus papas*
- *Otro, explicar:*

- 4. Si usted planea quedarse con el bebe, ¿cómo es la ayuda que recibirá económicamente hablando y de quién?**

- *Mucha*
- *La necesaria*
- *Poca*
- *Escasa*
- *Nula*

QUIÉN:

- 5. Al nacer él bebe usted vivirá con:** *Sus papas*

- *El papá del bebe o su esposo*
- *Sola*
- *Otra, explicar*

6. *¿Tiene usted trabajo actualmente?*

SI

NO

7. *Estudia actualmente, si la respuesta es SI, indique el grado*

SI

NO

Grado:

8. *Después de dar a luz, seguirá estudiando ¿alguien le ayudará a cuidar a su bebe?, Si la respuesta es SI, indique quién.*

SI

NO

Quién:

9. *¿Recibió usted algún tipo de información de prevención sexual?*

SI

NO

En

dónde:

10. *¿Recibirá usted ayuda y acompañamiento del papá de su hijo, O alguien más?*

SI

NO

Quién:

TEST DE HAMILTON

PUNTUACIONES: $\frac{\quad}{80}$ - STRESS -

PACIENTE:

FECHA:

R = Raramente

A = Algunas veces

M = Muchas veces

S = Siempre

TEST DE HAMILTON				
	R	A	M	S
1. Me siento más nervioso y ansioso de lo normal	1	2	3	4
2. Siento miedo sin ver razón para ello	1	2	3	4
3. Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor	1	2	3	4
4. Siento como si me derrumbara o me fuera a desintegrar	1	2	3	4
5. Siento que todo va bien y nada malo puede suceder	4	3	2	1
6. Los brazos y las piernas se me ponen trémulos y me tiemblan	1	2	3	4
7. Me siento molesto por los dolores de cabeza, cuello y espalda	1	2	3	4
8. Me siento débil y me canso con facilidad	1	2	3	4
9. Me siento tranquilo y puedo permanecer sentado fácilmente	4	3	2	1
10. Siento que mi corazón late con rapidez	1	2	3	4
11. Estoy preocupado por los momentos de mareo que siento	1	2	3	4
12. Tengo periodos de desmayo o algo así	1	2	3	4
13. Puedo respirar bien con facilidad	4	3	2	1
14. Siento adormecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies	1	2	3	4
15. Me siento molesto por los dolores de estómago y digestiones	1	2	3	4
16. Tengo que orinar con mucha frecuencia	1	2	3	4
17. Mis manos las siento secas y cálidas	4	3	2	1
18. Siento que mi cara se enrojece y me ruborizo	1	2	3	4
19. Puedo dormir con facilidad y descansar bien	4	3	2	1
20. Tengo pesadillas	1	2	3	4

TOTAL:

ANEXO # 5

ANEXO # 6

TEST DE HAMILTON – ESCALA I -

PUNTUACIONES: Σ / 84 – DEPRESIÓN -

PACIENTE:

FECHA:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad.	0	1	2	3	4
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.	0	1	2	3	4
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.	0	1	2	3	4
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.	0	1	2	3	4
5. Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.	0	1	2	3	4
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme.	0	1	2	3	4
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudor copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.	0	1	2	3	4
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.	0	1	2	3	4
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.	0	1	2	3	4
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.	0	1	2	3	4
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.	0	1	2	3	4
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.	0	1	2	3	4
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.	0	1	2	3	4
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.	0	1	2	3	4
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estrechimiento.	0	1	2	3	4
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.	0	1	2	3	4
17. No tengo ninguna apatencia por las cuestiones sexuales. Tengo desajustes menstruales.	0	1	2	3	4
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.	0	1	2	3	4
19. No se lo que pasa, me siento confundido.	0	1	2	3	4
20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)	0	1	2	3	4
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.	0	1	2	3	4

ANEXO # 9

Carné de Asistencia

Universidad de San Carlos de Guatemala No. Exp.:
Escuela de Ciencias Psicológicas _____
Psicología _____

Ficha de Información General

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): _____
Fecha de Nacimiento: _____
Estado Civil: _____ Religión: _____
Procedencia/Etnia: _____
Escalaridad: _____
Profesión u Oficio: _____
Nombre (m) padre, o encargado: _____
Queja de Principali: _____
Motivo de Consulta: _____
Referido por: _____
F. Ingreso: _____ F. Responsable: _____
Observaciones: _____

