



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

54
2oj-

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“RASGOS DE PERSONALIDAD DE LA
ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N:

GEORGINA ESCUTIA LUGO

PATRICIA ESCUTIA LUGO

DIRECTORA DE TESIS,

Dra. Lucy Reidl de Aguilar

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ciudad Universitaria

Enero de 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

DEFINICION DEL PROBLEMA

Antecedentes	3
Definición de Adolescencia	8
Etapas del Desarrollo Sexual Adolescente	10

CAPITULO 2

Conducta Sexual del Adolescente	18
---------------------------------------	----

CAPITULO 3

CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO

ADOLESCENTE.

Desarrollo cognoscitivo en el adolescente	26
Formación de la Identidad	27
El autoconcepto en la Adolescencia	29
Las adquisiciones básicas de la Personalidad durante la - Adolescencia	32

CAPITULO 4**SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA.**

Factores Sociales	39
Factores Familiares	40
Factores Individuales	42
Factores Psicologicos	43

CAPITULO 5**FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENTE**

Causas de la Fecundidad Adolescente	47
Consecuencias del Embarazo fuera del Matrimonio	51

CAPITULO 6**METODO**

Planteamiento general del problema	56
Hipotesis	56
Definición de Variables	57
Población y Selección de la Muestra	58
Procedimiento	60
Validación y Confiabilidad de los Instrumentos	62

CAPITULO 7

MANEJO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Análisis Cuantitativo	85
Análisis de Frecuencias	86
Análisis y Medias de Perfiles MMPI	85
Correlación Canónica MMPI	89
Análisis de Discriminantes MMPI	92
Análisis y Medias de Perfiles del TENNESSEE	98
Correlación Canónica TENNESSEE	101
Análisis de Discriminantes TENNESSEE	104
Análisis Cualitativo	110
Clasificación de los Perfiles de Personalidad	110

CAPITULO 8

Discusión.....	112
Conclusión	122
Limitaciones	126
Sugerencias	127
Bibliografía	129

INTRODUCCION

Infinidad de adolescentes emergen de los cuerpos jóvenes año con año. Los indicios de este suceso se manifiestan a través de una serie de cambios fisiológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, por lo general esperados pero a la vez desconcertantes.

Estos cambios son la "llave" que permite la entrada al mundo de los adultos; éstos, a su vez, les exigen adaptarse sin refutación alguna a la sociedad, llenándolos de mensajes contradictorios, especialmente en lo referente a la sexualidad.

Vivimos en una sociedad hipergenitalizada e hipersexualizada, en donde los medios de comunicación existentes ofrecen una serie de estímulos eróticos sexuales, y sin embargo, contradictoriamente al joven, se le reprime su potencial erótico sexual.

La maduración sexual, la disminución en la edad de la menarca, la postergación del matrimonio a edades mayores, el cambio de los valores derivados de la urbanización, la influencia de los medios de comunicación, así como la transformación de la familia extendida a familia nuclear o de un solo padre, incrementa las posibilidades de desajuste en los jóvenes, que favorecen situaciones de riesgo en este grupo.

Estas conductas de riesgo, cuando no se identifican ni se previenen a tiempo, llevan a los jóvenes entre otros riesgos a embarazos e hijos no deseados; hechos que afectan de manera permanente a la salud, si no se cuenta con los apoyos adecuados con consecuencias adversas de tipo médico, psicológico, educativo y económico para la adolescente, su pareja, el niño, su familia y para la sociedad en que vive.

De acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica de México en 1982, el 12.1% de los niños nacidos durante ese año, fueron de adolescentes entre los 15 y 19 años, y que, la incidencia de enfermedades de transmisión sexual asociados a prácticas sexuales inadecuadas alcanzan también índices elevados.

En México como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, es reciente la identificación y reconocimiento del fenómeno del madresolterismo entre adolescentes, en donde además existe un rechazo hacia la adolescente soltera embarazada, situación en la cual ésta se ve forzada a abandonar la escuela, ocultar su estado o hacerse un aborto por miedo de resultar socialmente condenada; la joven suele experimentar un gran sufrimiento personal.

En este sentido, la imposibilidad que en nuestra sociedad existe de adquirir igualdad frente a los hombres, guarda clara relación con su papel reproductivo. Por razones obvias, las mujeres cuya función de esposa y madre queda establecida a edad temprana, tienen menos posibilidades de desarrollarse como personas independientes y productivas de la sociedad que las mujeres que aplazan la unión y los hijos.

La mayoría de los estudios llevados a cabo en diversas partes del mundo se abocan a las consecuencias relacionadas con la salud de la madre y el niño y/o las consecuencias socioeconómicas a corto y largo plazo a las cuales se enfrenta la madre; pero pocos son los estudios que analizan los efectos psicológicos que la fecundidad precoz tiene sobre la joven madre.

Partiendo de la necesidad de llevar a cabo investigaciones que se aboquen al estudio de las consecuencias emocionales de las jóvenes adolescentes en un estado de embarazo, llevamos a cabo la presente investigación en la cual tratamos de determinar el grado de cambios emocionales que se presentan durante el embarazo en adolescentes.

También buscamos aportar información científica a quienes están relacionados con la educación en el área sexual de las adolescentes. Intentamos favorecer la actividad orientadora, sobre los aspectos psicológicos de la adolescente soltera embarazada, en los sitios donde se llevan a cabo "PROGRAMAS DE AYUDA A ADOLESCENTES", como los que se realizan actualmente en Hospitales del Sector Salud y el INPer.

Es innegable la importancia de crear programas efectivos para prevenir el primer embarazo, pero también es importante el proveer servicios para las madres adolescentes, los cuales deben estar diseñados especialmente para postergar embarazos subsecuentes. Sin estos servicios las madres adolescentes tienden a tener un mayor número de hijos a menor intervalo de tiempo, lo cual limita aún más sus alternativas laborales y educativas, aumentando problemas de salud y desarrollo de sus hijos.

Era una chica que vivía feliz y tuvo un día un gran deslís

Su novio le decía hagamos el amor con gran pasión
te aseguro sentirás gran sensación

(la chica tuvo relaciones con su novio por primera vez)

Después que todo sucedió
la chica sin quererlo embarazada quedó

Sufría y sufriría por su estado
y no pudo ocultarlo como había pensado

Fidó ayuda y sólo burla recibí

Al poco tiempo con el chico fue a hablar
y él le dijo que no le iba a ayudar

"El niño no es mío
no trates de meterme en tu ho"

Decidió hablar con su mejor amiga
y ella le dijo que le aconsejaría

El mejor consejo que te puedo dar
es que vayas a abortar

Con eso tus problemas terminarás
y una nueva vida comenzarás

Su padre descubrió lo que ella tramó
y fuertemente la reprendió

El le dijo "trataste de acabar con la vida de tu hijo,
ahora te daré un gran castigo así que vete de mi casa
y nunca más hables conmigo.

Cuento elaborado por:

Grupo de adolescentes participantes en la Conferencia
Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en
América Latina y el Caribe (1989).

MARCO TEORICO

CAPITULO I

DEFINICION DEL PROBLEMA

ANTECEDENTES

Sin duda que en la historia de la especie humana el concepto de adolescencia es relativamente nuevo. A través de datos científicos se puede afirmar que en las sociedades primitivas la vida era corta, por lo que la fecundidad de la mujer a edades muy tempranas era ideal para mantener la especie. Luego entonces, el embarazo en jóvenes biológicamente fecundas, pero aún no desarrolladas para el parto, aunado al corto período de vida del hombre de esa época, debió de haber provocado una gran mortalidad materno-infantil.

En México el grupo de los adolescentes es casi una tercera parte de la población, y tiende en forma creciente a participar en la vida sexual, con lo que contribuye al crecimiento de nuestra especie.

La historia muestra claramente que con el curso de los años, las sociedades humanas cambian sus costumbres y sus normas. Esto puede verse claramente, ya que en los últimos años se han encontrado una serie de cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales significativos, que afectan a las adolescentes en especial y que han tenido gran impacto en el patrón de comportamiento y número de embarazos a edades tempranas. Esto no significa que el embarazo fuera del matrimonio no haya existido en generaciones anteriores, sino que más bien en las últimas décadas esta situación se ha agudizado.

Definitivamente la exploración científica del fenómeno del "madresolterismo" es reciente. Así lo demuestran los estudios realizados por varios interesados en el tema, entre los cuales podemos mencionar a Furstemberg (1969), quien efectuó un estudio con adolescentes embarazadas cuya finalidad era prevenir embarazos posteriores (cit. en Prieto y Manriquez, 1980). Este estudio examinó patrones sexuales, reacciones hacia el embarazo, experiencias y actitudes hacia el control natal, habiendo encontrado que:

CAPÍTULO I. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- Las adolescentes no tienen conductas promiscuas.
- No deseaban un embarazo.
- Tienen poco acceso a los métodos anticonceptivos.
- Iniciaban las relaciones sexuales dos o tres años después de la menarca.
- Dos terceras partes de las entrevistadas se llevaron una fuerte impresión al enterarse de su embarazo.

El mismo autor en 1976, realizó otro estudio en el cual exploró los niveles de asertividad en adolescentes embarazadas, encontrando que ellas son menos asertivas que las adolescentes no embarazadas.

Por su parte Sarrel y Davis (1966) muestran en otro estudio con adolescentes solteras embarazadas que el cien por ciento de las adolescentes que se embarazan, sólo el 33 por ciento se casan cuando el embarazo es confirmado, y de éstas cerca de las 3 cuartas partes no viven con su marido después de cinco años, siendo su situación de vida limitada y socialmente aislada (cit. en Prieto y Manriquez, 1980).

Algunos otros autores como Bell (1968), abordan el tema incidiendo en la relación madre-hija. El mismo Bell aportó información científica acerca de las diferencias existentes entre las actitudes de las adolescentes y sus madres respecto a las relaciones sexuales premaritales (cit. en Igual, 1980).

Asimismo, Farrell (1977) realizó una investigación acerca de las actitudes de las adolescentes con diferente grado escolar hacia las relaciones sexuales premaritales, encontrando que conforme aumenta el nivel escolar de las adolescentes, éstas tienden a mostrar una actitud más favorable hacia las relaciones premaritales (cit. en Prieto y Manriquez, 1980).

En estudios más recientes que abordan los aspectos sociales de la adolescente, Alvarez (1987) pudo demostrar que las adolescentes embarazadas tenían menor escolaridad, coeficiente intelectual significativamente más bajo, menores aspiraciones escolares y por lo tanto, abandono escolar prematuro (cit. en Valdeirama, 1988).

Jagdeo (1985), en un estudio con un grupo de adolescentes, encontró que las adolescentes nulíparas tienen metas claras hacia el futuro, un convencimiento personal bien definido (cit. en Atkin, 1989).

Más recientemente Aldana y colaboradores (1988) realizan un estudio comparativo utilizando un modelo participativo. Dicho estudio se realizó con dos grupos de adolescentes que iniciaban el tercer trimestre de embarazo y que fueron invitadas a una serie de sesiones grupales, en el cual los temas a tratar fueron elegidos por ellas, y los mensajes educativos se incorporaron dentro de las discusiones de las situaciones vividas y experiencias de las participantes (cit. en Atkin, 1989).

Siguiendo el mismo enfoque participativo, el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), lleva a cabo un programa de ayuda para adolescentes embarazadas a cargo de la Dra. Lucille Atkin en el que las participantes, a través de varias sesiones grupales, son motivadas a la autoreflexión. De esta manera son capaces de detectar sus necesidades y de crear sus propias alternativas de solución, utilizando los recursos con los que cuentan en ese momento.

Es interesante mencionar que en México, como en la mayoría de los países de América Latina, no existe la educación sexual obligatoria. Sin embargo, desde 1975 el artículo 25 de la Constitución Mexicana regula los aspectos de la educación, concernientes a garantizar el derecho a la información sobre planificación familiar.

La Ley General de Población, en esta fecha (1975), autorizó el establecimiento y coordinación de programas de planificación familiar dentro de los servicios educativos y de salud pública, como una manera de resolver los problemas demográficos del país. Por lo tanto la educación y la información han tenido una base legal sólida, aun cuando en la práctica aquéllas no sean ampliamente accesibles porque las autoridades no quieran proporcionarlas.

El interés en los aspectos relacionados con la sexualidad humana y la planificación familiar, particularmente en la medida que se relacionan con los adolescentes, tiene un origen tan reciente y escabroso, que estos temas aún no son tratados legalmente.

En México, también los estudios llevados a cabo en torno a las madres adolescentes son recientes. Estos estudios en su mayoría son financiados por organismos internacionales, como es el caso del Population Council, La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y The Pathfinder Fund, y son realizados en colaboración con diversas dependencias gubernamentales. Asimismo estos organismos apoyan proyectos encaminados a la investigación de la conducta sexual de los adolescentes.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) aporta datos interesantes en torno a la conducta sexual de los adolescentes, en investigaciones realizadas por Pick de Weiss y colaboradores (1989), en donde exploraron las características de personalidad del adolescente (obediencia, asertividad y la planeación al futuro), como elementos precursores del comportamiento sexual y anticonceptivo en adolescentes.

Pick de Weiss y Karchmer (1988) realizaron un estudio comparativo entre dos grupos de mujeres, uno de adolescentes embarazadas y otro de no embarazadas, ambos grupos de condiciones socioeconómicas similares (cit. en Friedman, 1989). La finalidad del estudio fue evaluar características de personalidad, estructura y relaciones familiares, relación con el padre del bebé y la comunicación con amistades.

Históricamente, los programas especiales para adolescentes eran una excepción y eran desarrollados y patrocinados por instituciones privadas en calidad de pequeños programas y con frecuencia pilotos. Algunos han funcionado, y aún funcionan, de manera independiente, mientras que otros trabajan con instituciones públicas para proporcionar servicios a los adolescentes con la meta de fortalecer la infraestructura de salud física y psicológica, para satisfacer las necesidades requeridas por los adolescentes.

Dentro de esta temática puede destacarse al Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), que fue fundado en 1978 con el propósito de brindar a los adolescentes educación sexual y reproductiva dentro de un contexto de servicios de salud integral, y a la vez, de promover y desarrollar proyectos de investigación en este mismo campo.

En el Hospital de la Mujer, así como en el Hospital General Dr. Manuel Gea González, en donde se llevan a cabo programas de ayuda a adolescentes embarazadas, se ofrece orientación acerca de diversos temas como son sexualidad, planificación familiar, aspectos biológicos de la reproducción humana, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y cuidados del recién nacido, entre otros.

Se podrían seguir describiendo los variados estudios y programas de intervención realizados en materia de sexualidad adolescente, que contemplan aspectos sociales, psicológicos y físicos. Sin embargo nuestra intención es sólo proporcionar una muestra de la escasa educación sexual que impera en nuestros días, pese a los programas nacionales de naturaleza diversa que han sido iniciados, en su mayoría, por profesionales motivados y con frecuencia recibiendo el apoyo de fondos y asistencia técnica de instituciones con alcances internacionales.

DEFINICION DE ADOLESCENCIA

Mucho se ha hablado sobre la adolescencia; existen diferentes y variadas definiciones que intentan mencionar las características que representan ésta etapa. Sin embargo, es difícil encontrar una que la contemple bajo los tres aspectos de la vida humana: biológico, psicológico y social.

Etimológicamente el término adolescencia proviene del verbo latín *adolescere*, que significa crecer. La OMS la define como un período de vida y también como una serie de transformaciones amplias, rápidas y variadas que se registran entre los 10 y los 20 años (1988).

Litreé (1979) (citado en Monroy, 1988) nos da una definición dentro del marco de lo biológico, y dice que la adolescencia es la edad que sucede a la infancia y que comienza con los primeros signos de la pubertad.

Otro autor describe a la adolescencia desde el marco psicológico, así para Bloss (1970), la adolescencia es la suma total de todos los medios para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confronta el individuo.

Hallengstead (1974) (citado en Monroy, 1988), por su parte da una definición sociológica, dice que la adolescencia es el período de la vida de una persona durante el cual la sociedad en la que vive deja de considerarlo niño, pero no le otorga el estatuto de adulto con sus cometidos y sus funciones.

Desde otro punto de vista, Mead (1973) niega que existan relaciones causales entre los cambios fisiológicos, en especial los endócrinos, durante la pubescencia, y los fenómenos sociales y de conducta de la adolescencia, y sostiene que el comportamiento del adolescente está determinado culturalmente.

Otros autores como Lane (1980), definen a la adolescencia en forma integral tomando en cuenta los elementos psicosociales y biológicos. Menciona que la adolescencia es un período de gran conflicto interno, de constante evolución de

una fase de desarrollo a otra, periodo caracterizado por la experimentación en la formación de relaciones, en la frecuencia de las rupturas y la reiniciación de nuevas relaciones.

La adolescencia constituye en nuestros tiempos un periodo de vida donde, con mayor intensidad que en otros, se aprecia la interacción entre las tendencias del individuo y las metas socialmente disponibles.

En algunos grupos, la transición de la niñez a la vida adulta es paulatina y se produce sin reconocimiento social; en otros, este pasaje se efectúa de manera brusca, aparentemente sin un período de adolescencia.

Algunos autores como Muss (1968), mencionan que la adolescencia en las sociedades técnicamente más avanzadas no es un fenómeno de tipo fisiológico sino que es un producto de la sociedad.

La Sociedad a través de sus instituciones como la familia, escuelas, etc., determinan las normas, valores, pautas de conducta que deben tener los individuos y que les permita integrarse a la sociedad.

El adolescente sufre particularmente este proceso de socialización, ya que él debe adaptarse a las demandas del sistema socioeconómico; la sociedad le pide responsabilidad, productividad, seriedad y metas definidas para el futuro. Sin embargo, ésta misma sociedad le proporciona poca ayuda para que lo logre porque, por un lado, se le sigue tratando como a un niño y, por el otro, se le demanda el comportamiento adulto; otras veces se espera de él dependencia y en otras se le reprueba por buscar su independencia.

Es entonces que la adolescencia se caracteriza por inestabilidad, ya que en ésta etapa se sufren varias pérdidas; el cuerpo de infante, el rol de niño, los padres que lo cuidaban y lo protegían.

El objetivo primordial que debe alcanzar el adolescente, es lograr una identidad, que le permita diferenciarse de los demás. La identificación sexual que es parte de la identificación general, comienza a formarse a temprana edad y desencadena conflicto cuando el adolescente deja atrás su cuerpo infantil para tomar el de hombre o mujer.

Etapas del Desarrollo Sexual Adolescente

Con base a los estudios realizados por Blos (1970) y Erikson (1976), pudieron distinguir cuatro etapas del Desarrollo Sexual del Adolescente:

- Aislamiento
- Orientación incierta de la sexualidad
- Orientación estable de la sexualidad
- Consolidación

AISLAMIENTO

En la adolescencia ocurren una serie de cambios psicológicos importantes originados por la activación hormonal relacionado con el aparato sexual. Los órganos sexuales inician su maduración y empiezan a funcionar; en las mujeres aparece la menstruación, lo cual reviste de importancia porque implica Procreación. Sin embargo la capacidad de procreación no es sincrónica con la menarca, ya que ésta es apenas la fase inicial de la maduración.

En los varones se presenta las eyaculaciones. Posteriormente aparecen los caracteres sexuales secundarios. En las mujeres ensanchamiento de caderas y crecimiento de los senos, en los hombres aparece el vello facial y robustecimiento del tórax; y en ambos el vello púbico y axilar (Valenzuela, 1975).

Cuando el joven experimenta el impulso sexual, su sentir y pensar sufren transformaciones. Su personalidad tiene la necesidad de elaborar conductas que lo adapten a su nueva situación. Estos cambios desconciertan al joven por lo que se retrae, aislándose del mundo exterior incluyendo a su familia.

El joven al encerrarse en sí mismo, busca comprender lo que le está sucediendo. Su impulso sexual lo dirige hacia la atracción erótica de familiares del sexo opuesto por lo que sufre el conflicto ante la prohibición terminante del incesto.

Durante esta etapa, también se da inicio una nueva forma de pensamiento: el formal, en donde surge la reflexión y la crítica. El adolescente inicia su pensamiento formal, es decir, es capaz de razonar basándose en la forma de proyecciones y no sólo en su contenido como lo hace el niño.

Esta forma de pensamiento permite al adolescente criticar y construir sistemas: las operaciones formales confieren al pensamiento un poder nuevo que le permite desilgarse de lo real para desarrollar reflexiones y teorías propias de su realidad (Piaget y Inhelder, 1985).

El impulso sexual y el pensamiento formal ayudan al adolescente a tener una nueva percepción del mundo y de su persona. Los adolescentes necesitan tiempo para adaptarse a su aspecto. El cambio corporal es tan rápido que entorpece sus movimientos, lo cual contribuye a apartarse de la gente (Horrocks 1986 y Monroy 1980).

La autoestima sufre por igual un deterioro por lo que, en éste momento, el joven se da cuenta que su imagen corporal no corresponde a los estereotipos culturales de belleza.

La etapa de aislamiento reviste características particulares según el sexo. Las jóvenes enfrentan las primeras menstruaciones y por lo tanto, socialmente ella recibe un trato diferente, ya que es considerada como una "señorita". Sin embargo, la falta de orientación sexual provoca en ella temor y confusión al respecto.

Refiriéndonos a los varones, ellos experimentan las primeras eyaculaciones; cuando son involuntarias pueden provocar angustia, ya que la sociedad asocia la eyaculación con el placer sexual.

El impulso sexual en el adolescente también presenta diferencias según el sexo; la mujer para lograr su primera identificación sexual, debe abandonar a la madre como objeto central de su amor, y dirigir su afecto hacia el padre o alguien sustituto. La niña al cambiar de objeto amoroso, tiene que reprimir sus pulsiones pregenitales ligadas estrechamente a las primeras formas de gratificación en la relación madre-hija.

En cambio el varón, para lograr su identidad sexual no realiza cambio de objeto amoroso; la madre sigue siendo el centro de su amor y atención, asumiendo un rol activo en la relación, rol que asimila a partir de las figuras masculinas que haya en la familia. (CONAPO, 1982).

El niño, al proseguir con su primer objeto amoroso, no reprime sus impulsos pregenitales permaneciendo latentes y surgiendo en el inicio de la adolescencia.

Un logro importante del varón, en ésta etapa, es superar la tendencia a identificarse con la madre, suceso que se presenta a nivel inconsciente y que es requisito indispensable para lograr la identidad masculina. El varón utiliza un recurso defensivo para liberarse de la madre: genera la formación de pandillas masculinas.

El adolescente busca al mismo tiempo depender y ser independiente, tiene amigos de su misma edad que buscan su mutua compañía y no pueden ir separados a ninguna parte. Por lo que forman grupos cerrados entre ellos debido a la necesidad de seguridad que tienen.

Horrocks (1984), menciona al respecto que "el grupo de coetáneos, es una de las grandes fuerzas motivadoras de la adolescencia. La relación de un adolescente con sus coetáneos y su participación en las actividades de éstos suele ser uno de los aspectos más importantes de su vida. A menudo su ego está tan implicado que la exclusión del grupo puede parecer una gran tragedia, mientras que la aceptación puede producir sentimientos de seguridad y felicidad" (p. 148).

Los varones son bruscos y hostiles con las muchachas, buscando de esta forma negar la angustia que les provoca la mujer, refugiándose en la compañía de personas de su mismo sexo.

La única actividad liberadora de tensión sexual que está bajo el total control del adolescente es la autogratisficación (masturbación). Sin embargo, la sociedad reprime esta conducta. Por éste motivo cuando el joven se masturba, experimenta sentimientos de culpa, ya que generalmente están asociados a fantasías con alguna persona conocida.

En algunas ocasiones cuando la prohibición social es muy fuerte, el adolescente, según lo describe Blos (1970), dirige ese impulso sexual hacia actividades de su interés que puede compartir con otros adolescentes, en cambio el funcionamiento intelectual sufre un estancamiento.

Para el mismo autor, la orientación sexual en la joven adolescente es diferente al varón, ella se defiende para no caer en la dependencia infantil madre-hija, además de reprimir sus impulsos sexuales pregenitales.

En la joven, el impulso sexual está en vías de organización y empieza a buscar al sexo opuesto, surgiendo fantasías en torno a ésta búsqueda, lo cual constituye un medio para liberar la tensión sexual.

ETAPA DE ORIENTACION INCIERTA DE LA SEXUALIDAD

Cuando ambos adolescentes (hombre-mujer) logran tener dominio de sí mismos en su conducta, logran salir de su aislamiento.

Blos (1970) menciona que en esta etapa los adolescentes buscan identificarse con personas ajenas al hogar, para desligarse de la familia a fin de lograr una identidad diferenciada, pero teniendo como resultado un sentimiento de incompreensión, ya que ésta separación debilita las normas y las pautas de conducta familiares.

Es importante mencionar que el joven tiene gran necesidad de ayuda pero a la vez se siente desorientado, puesto que la visión que tiene de sí mismo y del mundo está basado en la estabilidad de su relación con sus padres.

Al respecto, Monroy (1989), afirma que al disminuir la influencia de las identificaciones paternas, emprende una reevaluación de los padres y de sus actitudes. La misma autora menciona que el adolescente es ambiguo en su separación de los padres y en su intento de romper los lazos de dependencia existente, necesita a sus padres con desesperación, anhela su afecto y atención y sin embargo, teme asumir las responsabilidades que ésta dependencia genera. La separación de los padres produce episodios de depresión en él, que se compensan con sentimientos de euforia y exaltación.

Es una época en que el joven tiene vinculaciones con maestros, artistas, entrenadores deportivos, etc. Con alguno de ellos establece una relación continua y genuina de amistad. En cada una de estas identificaciones se define mejor la individualidad.

El joven busca un amigo que tenga las características de personalidad ideales que él quisiera tener. Este amigo representa el ideal, siendo necesario que el muchacho haga suyas las características que de él admira, mismos que permanecerán en el Ideal del Yo como una meta que dirige la conducta (Blos, 1970).

Los conflictos bisexuales son parte del desarrollo de la adolescencia, pertenecen a una etapa de maduración, en donde el adolescente está probando su identidad sexual.

En la adolescente, la amiga juega un papel importante ya que de ella espera recibir atención, cuidados y afecto. Frecuentemente la joven suele sentirse invadida por sentimientos eróticos, los cuales canaliza a través de pláticas, cuentos o confidencias.

También en la adolescente existe una orientación bisexual, la cual para Monroy (1989), está íntimamente ligada a cuestiones socioculturales. Para esta autora, es natural que la joven imite actitudes del varón puesto que él es activo, el fuerte, el protector y la adolescente las copia para aumentar la autoestima y su valor como persona.

De acuerdo a lo anterior, podemos afirmar que el adolescente comienza a afrontar, asimilar, e integrar los cambios ocasionados por la pubertad, se vuelve de modo creciente hacia el otro sexo, a través de su fantasía, ha venido ensayando su conducta al respecto, las actividades compartidas con otros jóvenes del mismo sexo le ha confirmado que la atracción y el deseo sexual son algo normal, el conocimiento de que el otro sexo tiene atracciones similares reduce su ansiedad.

Comienza a salir con miembros del sexo opuesto, al final de la adolescencia la heterosexualidad ya ha quedado establecida.

Este proceso de acontecimientos que ocurren en la transición de la niñez a la vida adulta, tarda algunos años, y se presenta a diferentes edades, de acuerdo al sexo, al clima, a la cultura, a la herencia, etc.

Se cree entonces que la adolescencia es un acontecimiento sociopsicológico que está determinado por la cultura; sociológico porque el individuo evoluciona de ser un niño dependiente a ser un adulto autosuficiente; psicológico porque tiene que hacer nuevos ajustes que distinguirán su conducta infantil de su conducta adulta.

ETAPA DE ORIENTACION ESTABLE DE LA SEXUALIDAD

Durante esta etapa el joven adquiere una identidad sexual estable, lo cual quiere decir que acepta plenamente el sexo al que pertenece.

Para Blos (1970), la vida del adolescente se encuentra llena de ideas porque surge en él una gran preocupación por los problemas políticos, sociales, filosóficos. La creatividad se presenta con gran fuerza, la capacidad artística es la forma de transmitir experiencias personales que son el móvil de la participación social del joven. Para Blos, los procesos de fantasear, de creatividad, le permiten cumplir la importante función de anticipar la realidad, lo que le sirve de base para planear su vida futura.

Por otro lado el adolescente experimenta sus procesos internos como únicos, creyendo que él es el único que siente, que ama de una forma especial.

En esta etapa también suceden los enamoramientos, lo cual ayuda al adolescente a acentuar los rasgos femeninos y masculino; el joven deposita en la muchacha aquellos rasgos que en su cultura él no debe poseer. La muchacha por su parte deposita en el joven los elementos que la cultura considera masculinos.

Al respecto Blos (1970), afirma que los adolescentes que en esta época entran rápidamente a la actividad heterosexual no alcanzan las condiciones necesarias para el amor heterosexual maduro. Y a medida que se investigan los matrimonios adolescentes nos podemos dar cuenta de la forma tan lenta en que se desarrolla la capacidad para un amor heterosexual maduro (CONAPO, 1983).

Podemos interpretar que el formar una pareja a edades tempranas, el adolescente puede perder la oportunidad de lograr una personalidad realmente diferenciada de la de sus padres, por lo que imita el modelo adulto más cercano.

En esta etapa es frecuente que el adolescente se una a pandillas que fortalecen su Yo, porque le ofrece los elementos que ha perdido al separarse de su hogar. En la convivencia con estos grupos el adolescente adquiere seguridad, logra un status bien definido que no encuentra en la sociedad, comparte valores y normas grupales, con el líder tiene una figura de identidad, fortalece sus sentimientos de solidaridad y lealtad hacia el grupo.

ETAPA DE CONSOLIDACION

Durante esta etapa el adolescente realiza acciones que le permitan tener objetivos a largo plazo adecuados a la realidad, hay estabilidad en sus emociones y flexibilidad para postergar acciones.

Para Erikson (1976), en esta etapa la identidad sexual toma su forma definitiva, ya que el joven debe delimitar y canalizar su energía hacia la vida productiva. Menciona que en ambos sexos el sentido de identidad se manifiesta subjetivamente, coincidiendo el "quién soy" y el "cómo me percibe el mundo".

También en esta etapa se ubican las preferencias vocacionales y recreativas, temáticas que le absorben mucha energía.

CAPITULO II

CONDUCTA SEXUAL DEL ADOLESCENTE

El mundo social en el que crece el niño cuando nace, posee rasgos, intereses, responsabilidades y actos definidos como apropiados para las mujeres; otros, definidos como apropiados para los hombres; y algunos más, considerados apropiados para ambos sexos, de tal manera que los individuos aprenderán a actuar dentro del marco de esas referencias.

Esta afirmación está apoyada en estudios y observaciones realizadas por antropólogos, psicólogos, médicos, entre ellos Malinowski (1929), y Mead (1929, 1935, 1939). Estos autores afirman que "las diferentes formas de comportamiento sexual, incluyendo el erótico, observadas en distintas sociedades, más los variados significados que se atribuyen a dichos comportamientos, parecen indicar, de manera palpable, que tales diferencias son el resultado del aprendizaje social en distintos contextos culturales y no de una estructura biológica determinada" (cit. en Katchadourian, 1984, p. 338).

A partir del nacimiento, el niño emerge a un mundo social donde paulatinamente va desarrollando y perfilando su propia sexualidad. Quizás el primer hecho psicológico en su desarrollo sexual sea la identidad de sexo, o pertenencia a un sexo determinado. En la mayor parte de los casos el sexo biológico y la identidad de sexo se corresponden, es decir, que un niño con genitales masculinos se clasifica a sí mismo como niño; y una niña con genitales femeninos lo hace como niña.

Esta convicción primaria de ser hombre o mujer, va consolidándose y adquiriendo sentido a medida que el individuo crece y se desarrolla, y la forma de comportarse y de sentir de acuerdo a esa convicción, irá tomando forma y significado dependiendo de las situaciones posteriores en que el individuo se halle inmerso, y de los nuevos elementos que vaya integrando a su personalidad como resultado de nuevas experiencias de vida. Este estado psicológico de saberse hombre o mujer acompañado de los sentimientos y significados que genera, constituye el componente psicológico de la sexualidad.

Dentro del proceso de formación de rol o papel sexual, deben contemplarse también los comportamientos considerados propiamente "sexuales" ya que la actitud y significado sexual que generan plantea diferencias importantes entre los sexos.

Estos comportamientos incluyen desde el descubrimiento y juegos con sus propios genitales, características de la primera infancia, hasta los juegos sexuales con niños del mismo y del otro sexo (Kinsey, 1953, cit. en Katchadourian, 1984, p. 264). Desde las preguntas sobre reproducción y embarazo en los primeros años, hasta los que se refieren a aspectos más complejos como prostitución, aborto, violación y otros temas sexuales.

Las conductas antes mencionadas provocan distintas reacciones en los adultos, los cuales están condicionados por la idea que tengan acerca de los niños en general y de la sexualidad en particular, así como también depende de la edad y del sexo de los niños.

Llegando a la pubertad, las diferencias del rol se hacen más evidentes y el tratamiento diferencial hacia ambos sexos por parte de los adultos se agudiza, como una respuesta social y psicológica a los cambios corporales que están ocurriendo. A este respecto, es importante señalar que las diferencias de rol sexual aprendidas durante la infancia, la información sobre sexo, y los valores asociados a ello, constituyen en la adolescencia la parte medular de la identidad sexual de cada individuo.

Es durante éste periodo que los conceptos de papel sexual, las ideas de masculinidad-feminidad y los otros componentes de la identidad sexual empiezan a consolidarse (Katchadourian 1985, p. 266).

Cabe hacer notar que la familia juega un papel trascendental en la adquisición de la identidad sexual de la adolescente. Sin embargo, actualmente las investigaciones hacen resaltar el hecho de la falta de comunicación, falta de información y orientación sexual oportuna y adecuada entre padres e hijos (CONAPO 1982, p. 51).

Esta situación provoca conductas de clandestinidad, complicidades, doble moral, prejuicios y sobreentendidos que desajustan y obstaculizan un adecuado desarrollo de la identidad sexual del individuo.

Paralela a esta situación, el adolescente se enfrenta a la actual crisis de valores, siendo responsable de ello, entre otros factores, los diversos medios de comunicación, ya que éstos cubren la mayor parte del territorio en la mayoría de los países.

Los adolescentes son ávidos consumidores de publicidad y están extremadamente influenciados por ella, en especial la TV que comunica una visión de fantasía del mundo, en el que se vive sin responsabilidad y donde el amor sexual se vive de una manera más abierta.

Desde esta perspectiva se hace necesario profundizar en la conducta sexual del adolescente, siendo entendida ésta como toda manera de proceder en orden a la sexualidad con o sin intencionalidad reproductiva (CONAPO, 1982).

Existen básicamente cinco opciones de conducta sexual en los jóvenes (CONAPO, 1982):

- Abstinencia
- Masturbación
- Relación sexual no marital
- Prostitución
- Homosexualidad

La **abstinencia** se puede definir como el evitar cualquier contacto de tipo sexual, se asocia generalmente con una educación represiva.

Las ventajas de este tipo de conducta, es que los adolescentes se sienten dentro de los parámetros sociales permitidos.

En la conducta que se refiere a **masturbación** se entiende por ésta, a la estimulación de los órganos genitales para producir placer. Puede darse la auto-masturbación, masturbación mutua o en grupo.

Kinsey (1953) (citado en Masters y Jhonson, 1985), reporta datos de la conducta sexual antes de la adolescencia, manifestada por juegos sexuales en pequeños que acarician y tocan sus genitales derivando de ello, placer y liberación de tensiones.

Con la culminación de la fase edípica, ésta actividad tiende a reprimirse, la actividad escolar y los nuevos intereses sociales llevan al niño a concentrar su energía en actividades diversas a las sexuales.

La transformación sexual de la pubertad rompe con dicho periodo de latencia, y hace aflorar los impulsos sexuales acompañados de un notorio interés de los adolescentes por sus genitales y de la recuperación de la tendencia a la masturbación.

En este sentido Freud, afirma que "los impulsos sexuales afloran y provocan la subordinación de todos los instintos y componentes sexuales a la supremacía de la zona genital" (cit. Muss, 1969, p. 75).

La práctica masturbatoria, sin embargo, es mucho más frecuente en los varones que en las muchachas según reportes de Kinsey (1953) (citado en Monroy, 1985).

Para este autor, en los varones alrededor de los 15 años de edad la principal vía de obtención del orgasmo es la práctica masturbatoria, (2 de cada 3) aunque también utilizan otras vías como, poluciones nocturnas (1 de cada 8) y contactos homosexuales (1 de cada 20). Alrededor de la práctica masturbatoria se han creado innumerables mitos, que pueden explicarse, en parte, por la ansiedad que el despertar sexual del adolescente crea en los adultos. La facilidad con que los jóvenes se influyen con los mitos y prejuicios los lleva a controlar sus impulsos, de tal manera que la culpa y la vergenza se agudizan cuando se enfrentan a fantasmas asociadas, consciente o inconscientemente, con sentimientos incestuosos y temores de castración que resurgen de sus problemas edípicos.

Diversos psicoanalistas, entre ellos Helen Deutsch (1962), señalan que el papel del órgano sexual es completamente diferente para la muchacha que para el muchacho. Para éste, el pene significa una vieja adquisición y está familiarizado con su funcionamiento, ha captado nítidamente su crecimiento; la intensificación de su sexualidad constituye para él un verdadero orgullo.

Para la muchacha, es el crecimiento de todo su cuerpo, y particularmente de los caracteres sexuales secundarios, el que le muestra una nueva expresión de sí misma. El erotismo se afirma en su apariencia total.

Deutsch (1962), destaca que el orgasmo sexual femenino permanece durante largo tiempo excluido de la participación sexual directa en la vida de las mujeres. Incluso hay púberes, que imaginan que las "aberturas" de sus cuerpos sólo sirven para fines "sucios", y que nada tienen que ver con el amor. Por otro lado, nuestra cultura fomenta la virginidad en la mujer y exalta sus genitales como un tesoro valioso que debe mantener puro e intacto hasta que llegue la hora de entregarlo al esposo.

Este deseo es radicalmente distinto del que la cultura fomenta en los varones, que afirman su virilidad en la actividad sexual.

Las diferencias anatómicas contribuyen a que el erotismo de las muchachas pueda permanecer separado del conocimiento de la sexualidad.

El problema de la masturbación no radica en el acto masturbatorio en sí, sino en la perspectiva afectiva que le da al joven. Por ello, la misma práctica puede constituir una etapa de fantasía preparatoria para establecer en el futuro una relación heterosexual satisfactoria, o bien una defensa ante el temor que produce esta relación.

Así como hay relaciones sexuales que no pueden equipararse a un acto de amor, la masturbación puede buscar la gratificación aislándose del contacto con el otro y supliendo una relación compartida.

Las relaciones sexuales no maritales, otro tipo de conducta sexual del joven, se puede definir como la relación sexual realizada por personas de diferente sexo y que no están casadas.

Esta relación tiene la ventaja de liberar la tensión sexual permitiendo experimentar la relación coital con el sexo contrario. Ayuda a afirmar la identidad sexual, es decir, a poner a prueba el desempeño sexual como hombre o como mujer y permite experimentar la emoción, la ternura la sensualidad en la relación sexual, los cuales son requisitos indispensables en la madurez emocional (CONAPO, 1983).

Este tipo de conducta plantea una serie de desventajas. Entre ellas encontramos que la mayoría de las parejas no toman precauciones anticonceptivas, propiciando un embarazo no deseado, que puede llevar a la joven al aborto inducido, arriesgando su salud e incluso su vida.

Ahora bien, si la joven decide continuar con su embarazo, puede implicar el abandono de sus actividades juveniles y adoptar de pronto una serie de responsabilidades de la vida adulta. Por su parte, al niño le tocará ser educado por una joven que no alcanzó a concluir su formación.

En muchas ocasiones un embarazo no deseado, conduce a los jóvenes a formar un matrimonio prematuro, que por la misma inmadurez de la pareja, tendrá pocas posibilidades de éxito o bien tiene como resultado una madre soltera.

Otra de las conductas sexuales del adolescente es la **prostitución**, en donde el dinero es el elemento intermediario para realizar el coito.

Esta forma de relación, permite la gratificación sexual sin un compromiso efectivo, lo que puede evitar a veces un matrimonio prematuro o forzado ante la presencia de embarazo. Casi siempre esta iniciación resulta frustrante para el joven que busca en el coito un elemento de satisfacción sexual.

La iniciación del joven en este tipo de conducta, separa el sentido del amor, la ternura y la comunicación humana, del sentido del placer corporal.

Los prostibulos son por igual la principal fuente de enfermedades de transmisión sexual, por lo que además el joven expone su salud.

La última de las conductas de tipo sexual a las que hacemos referencia es la **Homosexualidad**, la cual puede definirse como la atracción sexual predominante o exclusiva por individuos del mismo sexo; se expresa abiertamente con contacto físico, o a través de sentimientos de atracción que no se manifiestan explícitamente.

CONAPO (1982, p. 459), da la siguiente definición: "... la forma de actividad sexual en la cual la excitación sexual y/u orgasmo se origina con un individuo del mismo sexo".

Durante la pubertad, los adolescentes de ambos sexos pueden pasar por un período de aparente homosexualidad, como lo son episodios de una mutua masturbación o diferentes modalidades de excitación sexual física pudiendo llegar a la relación homosexual.

Kinsey (1953), señala que "éstas experiencias son más que todo experimentales y deben ser interpretadas como defensas temporales contra los temores e inseguridades al sexo opuesto" (cit. en Katchadourian p. 69). Se ha podido observar el surgimiento de intensas amistades entre muchachos del mismo sexo; fortifican así su propia imagen y obtienen experiencias afectivas al compartir dudas y procurar actividades comunes.

El miedo a los genitales femeninos puede conducir a los muchachos a canalizar sus deseos heterosexuales en contactos iniciales con compañeros del mismo sexo, donde realizan simbólicamente sus fantasías heterosexuales (Sullivan, 1953; Rado, 1940) (citado en Katchadourian, 1984).

El lesbianismo por su parte, aparece como menos censurable. En algunos casos se ha podido apreciar que no se pretende ocupar el lugar del hombre, sino que más bien, se quiere evadir un vínculo sentido como sumisión hacia el varón.

El problema de la homosexualidad ha dado lugar a grandes polémicas; desde el punto de vista de la salud mental, es necesario evaluar la homosexualidad dentro del contexto total del funcionamiento del individuo. La censura no contribuye a clarificar dudas de la orientación sexual del adolescente; por el contrario, el repudio irreflexivo puede traer peores consecuencias.

CAPITULO III

**CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD
EN EL PROCESO ADOLESCENTE**

CAPITULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Desarrollo Cognoscitivo en el Adolescente

Conjuntamente con los factores biológicos es necesario hablar del funcionamiento cognoscitivo del adolescente.

Hacia los 11 años, el pensamiento del púber evoluciona hacia nuevas formas de pensamiento, que le permiten encontrar una comprensión más amplia e integradora de los acontecimientos. Se hace así evidente una notoria transformación intelectual.

Piaget (1985), explica el desarrollo de la inteligencia como un proceso que atraviesa por estadios, en los cuales se superan etapas que van evolucionando desde el razonamiento prelógico, mágico y concretista, hasta alcanzar el nivel de abstracción.

Dentro de esta concepción, la niñez es reconocida como el período de las operaciones concretas, y la adolescencia es la etapa donde se alcanzan las operaciones formales, que caracterizan la capacidad de generalización y abstracción del adulto. A éste respecto Piaget (1985, p. 7) afirma que "hay personalidad a partir de que se forma un programa de vida, que a su vez sea fuente de disciplina para la voluntad e instrumento de cooperación, pero dicho plan de vida supone la intervención del pensamiento y de la reflexión libres, y es por ésta razón por lo que no se elabora hasta que no se cumplen ciertas condiciones intelectuales, como justamente el pensamiento formal o hipotético deductivo". Para Horrocks (1986), cognición "es un término genérico que se usa para designar a todos los procesos por medio de los cuales un individuo aprende e imparte significado a un objeto o idea, o bien a un conjunto de objetos o ideas" (p. 100).

Al igual que Piaget, Horrocks coincide en afirmar que a medida que el individuo crece, pasa por varias etapas cognoscitivas, mientras avanza hacia un comportamiento cada vez más abstracto.

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Diversos teóricos en la materia, entre ellos Elkind (1971), Werner (1940), han confirmado que los cambios significativos en la conducta cognoscitiva ocurren entre los 12 y 15 años, aunque existen amplias variaciones en el pensamiento lógico de niños cuyas edades mental y cronológica son similares, así como considerable variación en una misma persona de una situación a otra (citado en Horrocks, 1984).

Las transiciones al período de operaciones formales se debe a las presiones culturales, la maduración de estructuras cerebrales y las nuevas experiencias de aprendizaje y de vida social. Al parecer en condiciones óptimas, es posible lograr una aceleración considerable en el desarrollo cognoscitivo.

El joven procura dejar la posición dependiente, propia del niño al estar en el mundo, para situarse en perspectiva frente a él. Esta aplicación de las nuevas formas de razonamiento para procurar el encuentro de una posición que le resuelva su ser en el mundo lleva a Erickson (1976), a plantear que la juventud piensa ideológicamente, combinando una posición egocéntrica, resuelto a adoptar el mundo a sí mismo, con un fervor por esquemas y códigos idealistas y altruistas, cuya factibilidad puede ser impugnada o probada por la lógica adulta.

Por su parte, Aberastury (1982) agrega, que por lo general a los jóvenes se les margina de la participación real en el quehacer práctico, y dice lo siguiente "si al adolescente se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y por lo tanto en la omnipotencia del pensamiento. Se dice con frecuencia, que el adolescente habla y no realiza. Sin embargo, el mundo actual ha mostrado cómo este proceso temprano de intelectualización y de tendencia a la teorización, puede ser llevado rápidamente a la acción, cuando el medio externo lo permite" (p. 35).

Formación de la Identidad

Para Erickson (1976) el concepto nuclear de su teoría del desarrollo del Yo, lo constituye la adquisición de una identidad del Yo, la cual se cumple de diferentes maneras de una cultura a otra. Antes de seguir adelante es necesario presentar algunas explicaciones acerca de los conceptos; identificación e identidad fundamentales para la comprensión de los procesos característicos de la adolescencia.

CAPITULO III. CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Las identificaciones son procesos mentales automáticos e inconscientes por medio de los cuales un individuo llega a parecerse a otra persona en uno o varios aspectos al incorporar esas características. Para Freud, el término identificación significa la tendencia del niño a identificarse con el padre; o de la niña con la madre. De éste modo, se asumen características fundamentales del estilo de vida correspondiente y se introyectan mandatos y prohibiciones de los padres (cit. en Dic. UNESCO 1987, p. 1041).

Para Erickson (1976), la identidad es la experiencia interna de mismidad, de ser nosotros mismos en forma coherente y continua a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en nuestra vida. Así, la identidad es el conocimiento de la persona de ser una entidad separada y distinta de las otras.

Erickson menciona que la identidad se empieza a formar cuando el niño tiene contacto con la madre y ambos se reconocen como dos personas. Donde el niño procesa por una parte, la información del medio externo y de su cuerpo e interioridad por la otra, estableciendo las diferencias entre el Yo y el No Yo.

Tiene que reconocerse primero como una persona separada, luego a qué sexo pertenece, como miembro de una familia, de un grupo y de un estrato social determinado.

La familia juega el papel más importante en la formación de la identidad del individuo, puesto que de ella recibe los estímulos y la información que se consideran determinantes para su estructuración biológica y psicológica, así como para su socialización.

Después del contacto primario con la madre, sobreviene el contacto con el padre; ambas figuras son las más trascendentales para el niño con los cuales se identificará total o parcialmente. Esta identificación implica un período en el cual el niño se siente igual a esas figuras y en algunos casos hasta parte de ellas. Esto sucede cuando los padres intentan prolongar esa identificación y no comprenden que el niño es una identidad aparte, éste lucha contra esa absorción y se opone al padre o a la madre pretendiendo con ésto terminar la identificación y alcanzar su propia identidad (Erickson 1974, p. 24). En este sentido menciona que "la formación de la identidad comienza donde termina la utilidad de la identificación".

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Para la obtención de una identidad propia toda persona debe pasar por la elaboración de su individualización lo que requiere de un proceso de "desimbiotización"; Wallon (1968) nos habla del término "simbiosis" y distingue dos etapas diferentes; el período de la simbiosis fisiológica, que comprende la vida intrauterina y las primeras semanas de vida postnatal, y el período de simbiosis emocional, que corresponde a la dependencia total que el niño tiene con respecto de los demás en los primeros años de vida.

Esta dependencia evolucionará hacia un grado creciente aunque accidentado, con avances y retrocesos característicos del desarrollo psicológico de individualización y de diferenciación como persona, a través de la discriminación del sí mismo y del otro, así como del mundo externo en general. Se produce entonces, la necesidad de reconocer las propias potencialidades y necesidades en un hacer posible y dependiente del individuo mismo, esto es, su proyecto de vida, lo que hace que el adolescente se aboque con profunda intensidad, aunque no siempre consciente de todas las implicaciones de lo que hace, a una búsqueda de sentimientos, valores y actitudes que lo reflejan en un ahora proyectado hacia el futuro, en un sí mismo proyectado hacia los demás. Es por ello que Erickson (1974) plantea que el sentimiento de identidad óptimo es aquél que se experimenta como bienestar psicosocial.

El Autoconcepto en la Adolescencia

La adolescencia es considerada generalmente como período de cambio y también de consolidación en el concepto de sí mismo. Al respecto Rosenberg (1973), afirma que "en este estadio del desarrollo aproximadamente entre los 15 y 18 años el individuo tiende a cobrar un gran interés por su autoimagen; cómo soy?, cuán bueno soy?, qué debería o qué podría llegar a ser?, etc." (p. 17) (citado en Coleman, 1985).

Existen diversas razones que explican este hecho. En primer lugar los importantes cambios físicos que se verifican durante esta época, ocasionan un cambio en la propia imagen corporal.

En segundo lugar, el desarrollo intelectual, el cual ya hemos mencionado durante la adolescencia, posibilita un concepto más complejo acerca de sí mismo.

CAPITULO III. CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

En tercer término, Coleman (1985), sostiene que se produce cierto desarrollo del concepto de sí mismo debido a la creciente independencia emocional y a la necesidad de adoptar decisiones fundamentales sobre trabajo, valores, comportamiento sexual, elección de amistades, etc. También, la naturaleza transitoria del período adolescente y en especial los cambios de papel experimentados en dicha época, parecen hallarse asociados con la modificación del concepto de sí mismo. En este sentido, como se ha mencionado anteriormente, la etapa de la adolescencia se caracteriza por tener un estereotipo desfavorable, lo que trae como consecuencia un efecto dañino, tanto sobre las actitudes y relaciones de adultos con adolescentes, como sobre las actitudes de los jóvenes hacia sí mismos y sobre las relaciones de éstos con los mayores. Por tanto, existe la probabilidad de que la vulnerabilidad individual durante esta etapa, se refleje en un trastorno del concepto de sí mismo.

Diversos trabajos de investigación que miden autoconcepto entre adolescentes de diferentes edades, entre ellos los de Simmons y cols. (1965), demuestran que "el individuo en las primeras etapas de la adolescencia se ha convertido, claramente, en más consciente de sí mismo, su autoestima en general ha disminuído ligeramente, sus actitudes con respecto a diversas características específicas que valora en mucho se convierten en menos positivas y ha llegado a creer que sus padres, sus profesores y los compañeros de su mismo sexo, le consideran de un modo menos favorable" (cit. en Coleman, 1985, p. 70).

Coleman (1985), manifiesta que las variables que afectan el concepto que el adolescente tiene acerca de sí mismo son: la imagen de su propio cuerpo, la personalidad, el trasfondo familiar, y el ambiente social.

Por otra parte, a pesar de que durante la infancia tanto a los niños como a las niñas se les anima a adoptar tanto los roles convencionales como los competitivos, durante la adolescencia, existe una tendencia a ejercer una marcada presión en las mujeres para que se adapten al rol femenino tradicional.

Las mujeres parecen depender más de los padres, para el desarrollo de su autoconcepto (Krauskopf, 1983). La misma autora menciona que la dependencia de las adolescentes también ejerce un impacto negativo sobre su autoestima e

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Identidad porque se ha demostrado que los adolescentes poseen un mayor control interno y un mayor nivel de autoestima que las mujeres adolescentes. (cit. Coleman, 1985).

Partiendo de éstos supuestos teóricos sobre la adolescencia resulta necesario reflexionar sobre la citada situación social y psicológica de la mujer adolescente.

Debemos recordar que durante la adolescencia se busca consolidar la identidad sexual. Es en ésta época en donde aparecen los conflictos en el intento de actuar los roles sexuales de manera armónica con los requerimientos sociales; se lucha muchas veces por una autonomía en el campo de la sexualidad que chocha con los valores establecidos del mundo adulto. No se posee independencia económica y la personalidad de los adolescentes oscila entre imitación de modelos estereotipados y espontaneidad individual.

Todos estos fenómenos, entre otros, conducen a una situación de conflicto al adolescente y a un desajuste con los patrones del mundo adulto que hacen a los jóvenes vulnerables.

La autoestima, la forma en que una persona se siente con respecto a sí misma, como hemos mencionado, está estrechamente relacionada a nuestra familia y medio ambiente, incluyendo antecedentes económicos y sociales.

Cuando los niños sienten que les ponen atención, que los toman seriamente, y que se preocupan genuinamente por ellos, su autoestima es alta. Con amor y apoyo, cualquier persona puede sentirse valorada y especial.

Sin embargo, si los niños crecen en un ambiente donde los adultos importantes (padres, maestros, u otros) los critican continuamente, o los restringen, pueden perder fe en sí mismos. Pueden empezar a dudar de su propia capacidad, creer que nunca tendrán éxito en algo, y sentir que hay oportunidades limitadas para su futuro. Cuando los jóvenes sienten que no son importantes, pueden experimentar dificultades al tomar decisiones o al planear sus vidas. Por ejemplo, un adolescente que se siente un fracaso en la escuela y que cree que su familia no lo ama será más vulnerable a involucrarse en una relación sexual presionado por conflictos personales y por sus compañeros. Una joven con antecedentes similares y muy baja autoestima puede embarazarse intencionalmente, creyendo que su única

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

oportunidad para tener éxito y reconocimiento es con la maternidad. Ella puede creer que teniendo un hijo hará que otras personas la respeten y la traten como a un adulto, o puede creer que tener un hijo le proporcionará el amor que le ha faltado durante su vida.

Conocerse y sentirse bien con respecto a sí mismo, es una parte muy importante de quién se es y cómo se comporta.

Las adquisiciones básicas de la Personalidad durante la Adolescencia

Es interesante observar como desarrolla un niño su individualidad, la cual lo distingue de los demás y le confiere sus características únicas. De esta forma conforme transcurren los años, esta individualidad se va consolidando y es lo que conocemos como personalidad.

Allport (1955) define a la personalidad como "la organización dinámica interna del individuo, de los sistemas psicofísicos determinantes de la especial adaptación del individuo a lo que le rodea" (p. 15)

Por su parte Horrocks (1886) la define como "la organización o estructura de los significados y hábitos personales que imparten cierta orientación a la conducta". En este sentido, continúa diciendo "la personalidad representa un sistema de acción personal del individuo. No obstante la personalidad es algo más que un asunto puramente intraindividual de estructura y organización" (p. 54).

Esto significa que los diferentes procesos psíquicos se interrelacionan e influyen, configurando un patrón individual que caracteriza las relaciones de la persona con el mundo y consigo misma.

Cuando analizamos la personalidad de un individuo hacemos un reconocimiento de aquellas características de su comportamiento que constituyen su modo peculiar de reaccionar ante las situaciones.

Es importante recordar que la personalidad se desarrolla a lo largo de la vida del ser humano, se adquieren sus bases en la niñez y sus características se consolidan en la etapa adulta.

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Erikson (1976), describe a cada etapa del desarrollo un atributo que debería ser alcanzado para sustentar una personalidad sana.

- Infancia: adquisición de confianza en el medio.
- Temprana niñez: adquisición de un sentido de autonomía elemental.
- Edad preescolar: adquisición de un sentido de iniciativa.
- Edad escolar: desarrollo de laboriosidad y competencia.
- Adolescencia: elaboración de la identidad personal.
- Adulto joven: expresión de intimidad en las relaciones.
- Adulto: realización de la fecundidad.
- Edad Madura: sensación de vivencias de integridad y aceptación de sí mismo.

Este autor pone especial énfasis sobre el problema de la elaboración de la identidad, cuyo logro se ve influido en forma crucial por las características con que cada persona experimente su período de adolescencia; también señala que no puede ser alcanzada la verdadera madurez, sin un sentido firme de identidad.

Consideramos importante efectuar una revisión de los conceptos que hemos planteado en los apartados anteriores para dejar claramente establecidos los principales procesos y adquisiciones que los adolescentes deben de alcanzar en nuestra cultura para llegar a la extensa culminación de ésta etapa.

Con el objeto de facilitar su visión sinóptica, desglosaremos los aspectos claves de la adolescencia en forma esquemática.

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Sexualidad: se evoluciona desde un plano bisexual y de expresión autoerógena hacia la elección del compañero sexual. Se establece, fisiológica y culturalmente, la diferenciación de los roles sexuales.

Esquema corporal: deja de basarse en la valorización que de él hacen los familiares. Se enfrentan las variaciones y cambios físicos con inseguridad y deseo de afirmar el atractivo y la aceptación sexual, afectiva y social.

Autoestima: se evoluciona desde una valorización dependiente de las figuras parentales hacia una autoestima basada en las propias capacidades y confirmada especialmente por las nuevas figuras significativas que surgen en el medio que lo rodea.

Destrezas intelectuales: se consolida en razonamiento lógico, la conceptualización abstracta y el énfasis en la reflexión. Se produce el descubrimiento de nuevas necesidades y la exploración de posibilidades de satisfacción y realización personal.

Individuación: se enfatiza fuertemente el sentido de sí mismo, acelerando el proceso de desimbiotización a través del rescate de los atributos y funciones que estaban depositadas en otros (especialmente en los padres) durante la niñez (período particularmente marcado por la relación simbiótica emocional).

Autonomía: se procura salir del "status" derivado que los caracterizó en la niñez, para alcanzar el "status" primario propio de la autonomía adulta. El reconocimiento y prestigio entre los adultos es importante en la medida que el adolescente obtenga no ser considerado como niño dependiente, sino como un sujeto emancipado, que a partir de la conciencia de sí mismo, es capaz de hacer aportes, diferenciados y propios a la vida de los adultos.

Identidad: se realiza una síntesis de las identidades infantiles en consonancia con los nuevos impulsos, capacidades y posibilidades para alcanzar la sensación interna de continuidad y bienestar psicosocial.

Este proceso de elaboración de la identidad no culmina en la adolescencia, pues continúa estructurándose a través de los años que corresponden a la etapa de adulto joven.

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Participación social: revisión de creencias y normas; elaboración de valores. Se procura efectuar aquellas acciones que le permitan extender su expresión personal a un plano social amplio.

Proyecto de vida: evoluciona desde un estilo y proyecto de vida complementario a la vida familiar, hacia la elaboración de un proyecto existencial propio, que deberá poner a prueba en la práctica concreta, para consolidar la elaboración de su identidad.

Personalidad: se consolidan importantes dimensiones en la estructuración de la personalidad, como son la diferenciación sexual, la capacidad de abstracción, la diferenciación del medio a través de la elaboración de "status" autónomo y la imagen de sí mismo emergiendo con un sentido de identidad y un proyecto de vida futura. Se organizan así, las relaciones entre los rasgos que van a constituir las bases de la personalidad. Esta se consolida en términos estables en la edad adulta, cuando el individuo ya ha tenido oportunidad de poner a prueba sus recursos y su visión del mundo, al enfrentar los roles más importantes que desempeñará en su vida, trabajo, familia y posición en su grupo de pertenencia socioeconómica, afectiva e ideológica.

Es importante también mencionar la relación que existe entre la organización dinámica de la familia y la integración de la personalidad de los hijos. Aunque la organización de la familia varía de una cultura a otra y según la clase social que se ocupe en una sociedad, parece probable que en todas partes, existen para la familia ciertos principios de organización impuestos por su posición biológica. La familia es el primer sistema social que conoce el niño y dentro del cual se desarrolla; de ella ha de conseguir el familiarizarse con los roles básicos tal como existen en la sociedad en que vive. Es decir, los roles de padre e hijo, de muchacha y muchacho, de hombre y de mujer, de marido y esposa, el modo como estos roles inciden en la sociedad y el modo como los roles de los demás inciden sobre la familia y sus miembros.

CAPÍTULO III. CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL PROCESO ADOLESCENTE

Aunque los roles, pueden considerarse como unidades de un sistema social, también pasan a formar parte de la personalidad en cuanto dirige la conducta a adaptarse a ellos y dan cohesión al funcionamiento de la personalidad. Los individuos no aprenden los patrones de vida partiendo enteramente de la nada, sino que, en muchas situaciones aprenden roles que luego modifican según las necesidades individuales específicas.

En el seno de la familia el niño aprende a conocer las instituciones básicas y sus valores, tales como las instituciones de la familia, del matrimonio, los sistemas familiares amplios, etc. Dentro del sistema social de la familia, los valores sociales se inculcan con el ejemplo, la enseñanza y la interacción. El deseo de participar en tales instituciones, o bien el de evitar la participación en ellas, es la directriz de mayor importancia en el desarrollo de la personalidad (Lidz, 1973).

CAPITULO IV

SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA

CAPITULO IV. SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA

El embarazo a cualquier edad es un evento bio-psicosocial sumamente importante para el desarrollo personal de cualquier mujer. Al respecto, Deutsch (1965) menciona que las tres crisis de maduración de la vida femenina, son la pubertad (inicio de la adolescencia), embarazo y menopausia, y están caracterizadas por profundos cambios psicológicos y fisiológicos y cada una de ellas produce formas características de ajuste para la mujer.

El embarazo en la adolescencia plantea una serie de situaciones para el futuro de la adolescente, así como para su hijo, en términos de salud, desarrollo personal y bienestar (Chilman, 1980; Hayes, 1987; Baldwin y Cain, 1980; Tolbert, 1988, cit. en Atkin 1989). Esta situación puede agravarse si además de la corta edad la madre, no está dentro de la protección del matrimonio y/o de la estabilidad que brinda una pareja.

El embarazo en adolescentes presenta una característica particular: en la mayoría de los casos se produce sin mediar vínculos matrimoniales (Rico de Alonso, 1988).

De un modo general Rico de Alonso (1988) y Coblner (1970), como otros profesionales estudiosos del tema, opinan que el fenómeno del "madresolterismo" en la adolescencia se agudiza como consecuencia de distintos cambios experimentados en la sociedad como:

- Rol tradicional femenino.
- Ingreso de la mujer al trabajo productivo fuera del área doméstica.
- Ruptura del excesivo tutelaje parental y del confinamiento al hogar.
- Modificaciones en los patrones de interacción socioafectiva entre los sexos.
- Mayor oportunidad de relaciones heterosexuales.

- Desarrollo puberal y menarca a edades más tempranas.
- Educación sexual deficiente y confusa.

Factores Sociales

En nuestra sociedad se aprecia una marcada diferenciación en los roles de género en ambos sexos, con una división sexual en las conductas permitidas: al hombre se le asigna una función productiva y a la mujer la reproductiva; ésta última dentro de un contexto de castidad prenupcial y una excesiva valoración de la virginidad. En tanto al hombre desarrolla sus distintos roles en condición de individuo, a la mujer se le asigna un rol en función de otros; de sus padres, como hija; de su conyuge, como esposa; de sus hijos, como madre.

Al existir en la adolescencia una necesidad de figuras para una identificación de referencia, la situación se torna particularmente grave para la joven, quien no encuentra figuras femeninas que desempeñen actividades sobresalientes fuera del marco de reproducción.

Se observa también, que la sociedad ofrece un modelo de amor dicotomizado: uno limpio, puro y deseable sin sexo y otro impuro indeseable, en donde el sexo contamina y daña, lo que a su vez genera un modelo igualmente dicotomizado del sexo: el legítimo dentro del matrimonio y el legítimo fuera de él (Custodio, 1988; cit. Rico, Alonso de 1989).

Por otro lado, las exigencias de cumplimiento en todos aspectos recaen en la población femenina, dejando al hombre no sólo en libertad sexual sino nombrándolo el juez de la moral femenina (Gargallo, 1988; cit. Rico de Alonso, 1989).

Es así, como los mensajes que recibe la mujer, son contradictorios, y restrictivos a la reproducción y además dentro del marco legal y de castidad y limitados o mejor dicho, carentes de autorrealización en la sociedad.

Por otra parte, las condiciones de vida actuales de la población son factores que explican en parte el "madresolterismo" en los jóvenes. La violencia, la miseria, la desorganización social y el desempleo, ofrecen un ambiente inadecuado para

CAPITULO IV. SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA

el desarrollo de los integrantes. Los procesos migratorios, que por un lado alteran la estructura demográfica en el campo y la ciudad y que a su vez provocan cambios en la organización y estructura familiar (Rico de Alonso, 1988).

Los jóvenes inmigrantes se enfrentan a la soledad, desprotección, e incluso a la pérdida de la identidad. Generalmente estos jóvenes emigran a las zonas urbanas, con baja o nula escolaridad incluyendo la educación sexual, que dejan como resultado una creciente población juvenil sin alternativas de empleo, desorientada y sin respaldo afectivo de la familia, moviéndose confusamente entre mitos sexuales y frente a la evidencia de un mundo violento, corrupto e injusto.

Factores Familiares

(Jagdeo y Bermúdez 1985 ;cit. en Atkin, 1989) afirman que las condiciones de estabilidad familiar y autoridad moral del hogar además de unas metas futuras definidas, son los elementos que influyen para que una joven se embarace o no (cit. Prieto, B. y Márquez, 1980).

A la vez, estos autores dicen que las jóvenes que experimentan un embarazo no deseado provienen de un ambiente socio-familiar con mayores conflictos, más pobreza, ausencia de la figura paterna y una serie de padrastros, una mayor inestabilidad de su conducta y de la definición de sus aspiraciones. En general las adolescentes embarazadas muestran una menor habilidad para planear el futuro (Pick de Weiss y cols. 1988).

Según Aberastury y Knobel (1982), el adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar impactos proyectivos de padres, hermanos y amigos, siendo receptores de la problemática de los demás y asumiendo los aspectos más enfermos del medio, a modo de "chivos expiatorios" de la familia y la sociedad.

Para Rico de Alonso (1989), la problemática familiar relacionada con el embarazo de las jóvenes solteras, se particulariza principalmente en:

- Conflictos familiares y violencia intrafamiliar e incomunicación
- Desafecto y autoritarismo.

CAPÍTULO IV. SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA

Estas condiciones generan en la adolescente una necesidad desmedida e incontrolable de afecto, que buscan canalizar neuróticamente en la relación de pareja, en donde la gratificación sexual no apunta a la satisfacción "urgencias naturales", sino a una entrega sumisa, incondicional, sin ninguna defensa del Ego.

Josselyn (1965), ha escrito acerca de las adolescentes solteras embarazadas una lista de seis impulsos no sexuales expresados a través de su embarazo: sentimientos de inadecuación, deseo de ser amada, deseo de ser la madre que ella hubiese querido tener, competencia con su propia madre, deseo de tener un hijo con quien identificarse y hostilidad hacia los hombres (cit. en Prieto, B. y Mánriquez, 1980).

Ausencia o Carencia de uno o ambos progenitores. Para su madurez el adolescente requiere de modelos de identidad de ambos sexos, tanto para reafirmar su propio rol de género como para definir su patrón de interacción con el sexo opuesto.

El embarazo fuera del matrimonio se asocia con hogares de padres separados, madres solteras o casos en que la joven ha sido criada por un pariente, situación que altera los patrones de afecto e identidad, y agudiza los sentimientos de soledad y desprotección.

En los hogares de madres solteras existen mensajes ambiguos y contradictorios sobre virginidad y castidad, colocando al matrimonio casi como la única meta; en tanto el mensaje que transmite la experiencia de la madre se ubica en el aspecto negativo del sexo: convivencia sin matrimonio. Para la joven el esfuerzo de ensamblar el mensaje y el modelo, se resuelve reproduciendo la conducta de la madre.

Los tabúes sociales frente al sexo, la baja escolaridad de los padres y la ambigüedad de estos con los procesos biológicos, generan niveles mínimos o nulos de comunicación y una profunda incapacidad para abordar la educación sexual de los hijos.

La educación vista como función exclusiva de la madre que transmite orientaciones contradictorias, formando a la hija a los roles domésticos, subordinación al marido y conceptos pasivos del amor, a la vez que la alertan sobre la "maldad de los hombres" que buscan agredir la virtud femenina.

Factores Individuales

Se encuentran en éste nivel determinantes de tipo biológico y social, así como rasgos de personalidad y conducta específicamente correlativos al embarazo no nupcial. Entre los factores individuales asociados pueden mencionarse los observados por Atkin (1989) y Rico (1988).

Un rejuvenecimiento en la edad de la menarca. Consecuencia de mejoras nutricionales, lo cual reduciría el período de la relativa esterilidad post-menstrual. Este hecho unido a la postergación en la edad al matrimonio y a los cambios en los patrones de relaciones sexuales premaritales, aumenta el período y el riesgo de concebir. Adicionalmente, la menarca precóz se asocia con una mayor probabilidad de concebir a través de todo el período fértil (Gutierrez, 1989; cit. Rico, Alonso de, 1989).

En la adolescencia hay una aguda necesidad de adquirir identidad adulta. De los roles adultos tangibles tales como la actividad productiva, la autonomía económica, el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción, siendo el último el más fácil de desempeñar para las jóvenes, lo cual permite realizar fantasías de maternidad, buscando a través del embarazo la formación de vínculos duraderos con la pareja.

La actitud de inestabilidad, el carácter esporádico de las relaciones y el miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos (Monroy de Velasco y cols. 1985), que se refuerza con la deficiente educación sexual, situación que provoca que las jóvenes desconozcan las implicaciones de la menarca, los riesgos médicos y sociales de un embarazo, los métodos anticonceptivos existentes y las secuelas del aborto. A todo esto se suma la absoluta inconsciencia reproductiva del varón que vive la relación sexual como una expresión de virilidad, eludiendo la responsabilidad en la procreación y en el apoyo posterior a los hijos.

CAPITULO IV. SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA

Finalmente deben tenerse en cuenta otros factores de personalidad que son causales directos del embarazo fuera del matrimonio como: un Yo débil, sentimientos de soledad por la desprotección y el desafecto, salud mental inadecuada, baja autoestima y la carencia de metas futuras distintas o complementarias a la maternidad, los enamoramientos intensos e irracionales unidos al deseo inconsciente de tener un hijo o bien para cumplir con su determinación o para tener una alternativa de vida diferente (Monroy, 1968).

Factores Psicológicos

El embarazo en adolescentes, puede estar relacionado con una educación incompleta, ambivalente; una situación inestable y un desarrollo emocional insuficiente. Aparentemente físicamente puede estar lista para dar a luz un niño, pero su constitución psicológica puede estar en una etapa diferente (Martin, 1973; cit. Prieto y Manríquez, 1980).

El embarazo, es un tiempo en el que muchas cosas desconocidas suceden en el cuerpo de la mujer, su humor y vigor cambian, ella está temerosa de las nuevas responsabilidades y puede sentirse sumamente dependiente.

Por otra parte, el desarrollo de la identidad aún está emergiendo, la transición de la dependencia hacia la independencia de su familia, no es completa; su habilidad de amar y ser amada está emergiendo envuelta de nuevos sentimientos de feminidad; y sin embargo, ésta época es excitante, alegre, ella siente algo muy especial y el embarazo fuera del matrimonio no es la excepción (Polsby, 1974 cit. en Prieto y Manríquez 1980).

Este autor también menciona que la adolescente soltera embarazada se enfrenta a una serie de interrogantes en las que el potencial de maduración es particularmente dramático; ella puede en parte desear evitar el nuevo papel de adulto que implica el embarazo, y continuar con su viejo papel de hija de mamá. Esto no quiere decir que la adolescente que llega a ser madre "se convierta en adulto", sino que ella está teniendo una interrupción en su desarrollo, lo cual puede implicar un cierre prematuro en lugar de un avance. Sin embargo, el embarazo

CAPITULO IV. SITUACION SOCIAL DE LA ADOLESCENTE SOLTERA EMBARAZADA

también puede representar la oportunidad de agregar una nueva dimensión a la vida de la adolescente, asumiendo un "status" adulto y una personalidad de madre; por tener una nueva vida creciendo dentro de ella, tiene la oportunidad de encontrar una vida distinta para sí misma como una persona separada e independiente.

CAPITULO V

FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENTE

Los resultados de la sexualidad y fecundidad de los adolescentes relacionados con la salud física y mental son tanto una expresión de las normas y valores de la sociedad, como de sus contradicciones. Se debe recordar, que las tasas de fecundidad en el mundo, en el grupo de mujeres menores de 20 años de edad, son muy variables; por ejemplo, en los países desarrollados existen alrededor de cuatro nacimientos por mil, en comparación con los países subdesarrollados en los que existen tasas sobre 100 nacimientos.

En realidad, las tasas de fecundidad adolescente han disminuído, aunque la proporción de nacimientos fuera del matrimonio han aumentado tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados. El embarazo en la adolescente, tiene una gran importancia para su desarrollo. La adolescente embarazada experimenta la interrupción de su educación; la mayoría de las veces no regresa a la escuela después de haber dado a luz. El impacto sobre el desarrollo social es grave, ya que las jóvenes embarazadas sufren la interrupción de su participación grupal, y con frecuencia son forzadas a una relación fuertemente dependiente con sus familias en un momento en que la independencia es importante para ella.

Aunque tales consecuencias son frecuentes y seguramente reflejan una realidad bastante común no son universales, ni son totalmente aceptadas sin ser altamente cuestionadas.

En un estudio realizado por Atón y cols. (1989), se ha observado que las consecuencias del embarazo en la adolescencia son enormes, pero los resultados a futuro dependerán de la disponibilidad de oportunidades y de las expectativas que la adolescente originalmente tenía.

Además, la manera en que se toma al embarazo, desde el punto de vista psicosocial, o sea, la forma en que la adolescente, su familia, el novio, la familia de éste, reaccionan ante el embarazo, determinan en gran medida cómo le irá a la adolescente en el futuro.

Causas de la Fecundidad Adolescente

Existen factores psicosociales que se asocian con la fertilidad en la adolescente. Para Atkín y cols. (1989), es necesario considerar cuatro aspectos básicos:

- Inicio temprano de la actividad sexual.
- Uso de anticonceptivos.
- La concepción.
- La decisión de abortar o llevar el embarazo a término.

INICIO TEMPRANO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL

En la actualidad las adolescentes mexicanas están teniendo relaciones sexuales a edades más tempranas que en años pasados. Pick de Weiss (1989), reporta en un estudio realizado en México que las jóvenes entrevistadas dijeron haber tenido relaciones sexuales con su novio o prometido y haber tenido sólo una pareja, antes de haberse embarazado, y sin embargo hay que hacer notar, que estas relaciones no se realizan por promiscuidad, ya que las chicas se vieron envueltas en relaciones sexuales debido a la necesidad de amor, afecto y comprensión; así lo demuestran los datos cualitativos del mismo estudio. De igual forma se demostró que a menor ingreso y educación de los padres y de los adolescentes, la actividad se inicia a edades tempranas y aumenta con ésto la probabilidad de un embarazo precózn no deseado. También se ha visto que las familias numerosas aumenta las probabilidades de actividades sexuales tempranas.

Por otra parte Atkín dice, que las chicas que son menos sumisas a la autoridad, pero que creen que el llevarse bien con la gente y el ser agradable a los demás les ayudará a lograr las metas de su vida, están más propensas de iniciar una vida sexual activa. Estas chicas pueden haberse liberado de la autoridad paterna pero son muy susceptibles a presiones afectivas por parte del novio; lo cual puede reflejar un sentimiento de insatisfacción con la autoridad familiar, combinado con un deseo de aceptación por parte del grupo de amistades.

Por su parte (Jagdeo ,1984 ; cit. Atkín, 1989) concluyó, que las familias de clases trabajadoras donde la autoridad moral es débil y pobremente definida como padres sin casarse, padres múltiples o ausentes y donde las jóvenes han sido cuidadas y criadas por diferentes personas en diferentes momentos de su vida, incrementan la actividad sexual temprana.

Pick de Weiss (1987), menciona que otro factor importante es que la educación sexual que se imparte en la familia es insuficiente, además de las actitudes de los padres hacia su propia sexualidad y la de sus hijos.

Otro aspecto relacionado con el embarazo adolescente es que muchas veces la joven tiene madre, amigas o hermanas que se embarazaron durante la adolescencia.

USO DE ANTICONCEPTIVOS

El uso de anticonceptivos es bajo entre las adolescentes solteras que mantienen vida sexual activa. Se tienen evidencias de que la actitud del novio hacia los anticonceptivos, expresada por él mismo o percibida por la chica, es determinante para el uso de éstos. Algunos hombres rehúsan el uso de anticonceptivos, otros prohíben a sus novias usarlos; y otros más nunca piensan en la posibilidad, ni lo discuten con sus parejas. También se ha visto que las adolescentes tienden a percibir, que a sus parejas y a los hombres en general, no les gustan los anticonceptivos.

Se ha observado, que la relación entre la pareja, influye al parecer el uso de anticonceptivos, ya que una relación estable cuenta con características de afecto, satisfacción, comunicación, seguridad y estos elementos coadyuvan para que la pareja piense en la anticoncepción.

La mujer que propone el uso de anticonceptivos, tendría que manifestar abiertamente su interés por tener relaciones sexuales premeditadamente y por placer, o sea, sin arriesgarse a un embarazo.

Atkín (1989), encontró en un grupo de adolescentes, que prefieren correr el riesgo de un embarazo a el riesgo de ser vistas como muy interesadas en las relaciones sexuales o en conocer aspectos relacionados con la anticoncepción...

"esto refleja un proceso de negación e impulsividad muy común en adolescentes, especialmente en lo que se refiere a sus intereses sexuales. El hecho de tener relaciones sexuales, no se considera un derecho legítimo para la mujer que no está casada, sino que se considera un acontecimiento imprevisto, rodeado de vergüenza que tiene que mantenerse en secreto. Esta situación crea un obstáculo casi insuperable para la Educación Preventiva" (p. 9).

Otro hallazgo observado, es el papel que juega la falta de información en el uso o no de anticonceptivos. Tomando en cuenta la falta de comunicación abierta, clara y honesta hacia los adolescentes, por parte de los padres y maestros respecto a la sexualidad y mucho menos al uso de anticonceptivos, gran parte de la información que manejan los adolescentes proviene de su grupo de amigos y de los medios de comunicación. Por lo que frecuentemente los "conocimientos" son erróneos, sesgados y en el mejor de los casos incompletos.

Se ha resaltado la relación que existe entre las ideas incorrectas respecto a los efectos secundarios de los anticonceptivos, falta de efectividad, temor a que causen enfermedades, malformaciones en los niños y el cómo es que se embarazan con el uso o no uso de anticonceptivos (Silva y col. 1980).

En la encuesta realizada por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) se informa que los adolescentes y jóvenes utilizan el "ritmo" como método anticonceptivo preferido, y al mismo tiempo, se observa que saben poco de cuándo es más probable que una mujer se embarace durante su ciclo menstrual.

Pick de Weiss y cols. (1989), encontraron que las adolescentes mexicanas, que utilizan anticonceptivos, son más asertivas, tienen mejor imagen de sí mismas, refieren tener mayor control sobre sus vidas y aspiraciones educativas más altas que aquellas adolescentes sexualmente activas que no utilizan anticonceptivos.

Resumiendo, para que las adolescentes utilicen anticonceptivos, deben tener conocimientos respecto a métodos disponibles, estar libres de creencias erróneas comunes, sentirse apoyadas por su grupo de amigas y estar suficientemente liberadas de la autoridad tradicional para hacer algo tan "prohibido" sin estar casadas.

No debe olvidarse que también existen obstáculos estructurales, para que las adolescentes obtengan anticonceptivos antes de casarse. Muchos de éstos reflejan las actitudes negativas respecto a la sexualidad en general y particularmente entre los adolescentes por parte de los padres y educadores. La intolerancia percibida por parte del personal de Planificación Familiar, justificada o no, en combinación con la vergüenza y culpa asociadas a la sexualidad y el temor a ser descubiertos por sus padres, son poderosas razones para que muchas adolescentes no se adentren en el mundo de la anticoncepción moderna.

Quizás la importancia de la asertividad en relación con el uso de anticonceptivos, refleja el hecho de que solamente las chicas que tienen la habilidad para confrontar activamente estos obstáculos, son capaces de tener acceso real a los servicios.

LA CONCEPCION

Obviamente, las adolescentes que tienen relaciones sexuales sin utilizar anticonceptivos son las que tienen alto riesgo de embarazarse. Los costos y beneficios del embarazo percibidos por la adolescente, serán determinados por muchos factores relacionados con las circunstancias de la vida de ella, especialmente de sus expectativas, la reacción del padre del bebé y la calidad de la relación con su pareja, así como la actitud de su propia familia y de la familia del padre del niño.

LA DECISION DE ABORTAR O DE LLEVAR EL EMBARAZO A TERMINO

La decisión de continuar con el embarazo en vez de abortar, también será influida por sus propios recursos psicológicos, sociales y económicos, así como la disponibilidad de los servicios médicos y los riesgos que el parto involucra (Atkin, 1989).

A lo largo del proceso de toma de decisión que lleva a la aceptación del embarazo, la adolescente, su pareja y/o familia sopesarán consciente o inconscientemente los pros y los contras de la decisión: a menudo a la luz de metas y expectativas previas. Los beneficios imaginados pueden ser poco realistas ya que

frecuentemente las adolescentes no anticipan las responsabilidades que implica la maternidad, y piensan que el niño llegará a satisfacer sus necesidades emocionales y a resolver sus conflictos.

Arévalo, Castillo y Vargas (1987);(cit. Atkin, 1989) encontraron que las mujeres (no todas adolescentes) que admitieron que su embarazo había sido no deseado, aquellas que habían elegido la opción del aborto, valoraban más los roles alternativos a la maternidad, así como las relaciones igualitarias con los hombres, que las mujeres que eligieron llevar el embarazo a término.

El embarazo en cierta forma justifica a las chicas, de la vergüenza de estar teniendo relaciones sexuales premaritales, ya que el sexo para procrear es más aceptado que el sexo por placer. Así la adolescente que se convierte en madre está cumpliendo un papel altamente valorado por la cultura.

Consecuencias del Embarazo fuera del Matrimonio

La evidencia de un embarazo en la adolescencia trae consigo una serie de consecuencias y riesgos: a nivel familiar; la primera reacción de los padres, hermanos y parientes es siempre negativa. En casos extremos la joven es arrojada del hogar, en la mayoría de los casos es agredida verbal y/o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra (Delfín, 1989; cit. Igual, 1989).

De todas maneras, las relaciones afectivas intrafamiliares se afectan, en muchos casos en forma irreversible. La joven experimenta un rechazo de su entorno social, que luego se traducirá en formas sutiles o abiertas de discriminación hacia el hijo "ilegítimo".

En relación con la asistencia escolar se presenta generalmente una interrupción de la escolaridad de manera definitiva o un reingreso tardío con muchas limitaciones económicas y de disponibilidad de tiempo (Pick de Weiss, 1985; Atkin, 1988 y Organización Panamericana de la Salud, 1988).

En el aspecto económico pueden mencionarse efectos como el desempeño obligado de trabajos con baja remuneración y mínimo status; jornadas excesivas; formas inestables e irregulares de contratación; imposibilidad de conseguir empleo

estando embarazadas; desprotección total para hacer frente al embarazo por despido; condiciones de dependencia del compañero para sobrevivir y riesgos de un nuevo embarazo.

En la esfera afectiva se identifican reacciones de duelo por la ruptura afectiva con el compañero, la pérdida de la virginidad, el abandono del compañero y el rechazo familiar.

Por último entre los riesgos de salud se menciona una mayor incidencia de hemorragias, anemias, toxemias, eclampsias, pérdida fetal, prematuréz, aborto espontáneo, partos complicados, cesárea. Para la Organización Panamericana de la Salud (1968), el embarazo a nivel mundial, es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años.

Esta misma organización agrega que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes pueden ser más graves que los biológicos.

Rico de Alonso (1989), menciona las implicaciones de la maternidad para la adolescente:

Explotación laboral y en muchos casos con chantaje o agresión sexual de los patrones, o por el contrario, inactividad y absoluta dependencia de la familia para la supervivencia de ella y de su hijo.

Desempleo o subempleo por baja capacitación laboral y por discriminación por ser madre soltera; a su vez, la dificultad para obtener una mayor capacitación por carencia de recursos y falta de tiempo.

Imposibilidad de adquirir autonomía debido a la dependencia económica hacia la familia, vigilancia excesiva y exigencias a la moralidad e intervención a su vida privada, tanto en lo afectivo como en lo sexual. En ocasiones la familia protectora puede presentar un desequilibrio psicológico y económico que tiene su origen en responsabilidades y otros problemas inherentes de los miembros de ésta familia.

Trastornos psicológicos por la exigencias de la maternidad y la ausencia de la pareja.

Desconfianza en los hombres, miedo a la sexualidad, y una sublimación sustituta de las bondades de la maternidad.

Baja autoestima, sentimientos de odio y hostilidad hacia el padre y el hijo, que la hacen adoptar en muchos casos el esquema de madre omnipotente que no requiere del apoyo del hombre para salir adelante con sus hijos.

Para el hijo, también Rico de Alonso (1989), expone las implicaciones de la maternidad en adolescentes:

- Riesgos de salud; mayor morbi-mortalidad, prematuréz e incidencia de anomalías congénitas.
- Rechazo social y familiar; lo cual se manifiesta en desventajas emocionales para el niño.
- Sentido de ilegitimidad y discriminación por "mala" conducta de la madre.
- Desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó, que no los quiere.
- Alteración en la formación de patrones de identificación con el sexo masculino.
- Sobreprotección materna, o al contrario, descuido y maltrato.
- Dependencia de los abuelos y exposición a patrones de autoridad en muchos casos contradictorios y conflictivos.
- Escasez o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de vida.

M E T O D O L O G I A

CAPITULO VI

METODO

Planteamiento General del Problema

Existen modificaciones en los niveles de autoconcepto y en las escalas de MMPI, que presentan adolescentes solteras no embarazadas de 14 a 19 años de edad, y los que presentan adolescentes solteras con un embarazo de curso normal?

Establecimiento de Hipótesis

HIPOTESIS CONCEPTUAL:

"Los efectos psicológicos negativos encontrados en las madres adolescentes y sus hijos se transmiten a través de otros factores asociados con la crianza durante edades maternas tempranas como pueden ser la falta de madurez emocional necesaria para actuar como madres responsables, desventajas económicas y educacionales, aún más, si es soltera, el embarazo la coloca ante el rechazo social y desventajas legales" (Monroy, 1988).

"El embarazo constituye un episodio normal de la vida procreativa, pero se ha observado que a pesar de ser un embarazo normal, existen una serie de trastornos, dificultades y angustias que obedecen a un conjunto de circunstancias como los cambios físicos, psicológicos, sociales, familiares y culturales" (Deutsch, 1962).

HIPOTESIS DE TRABAJO:

"Existen diferencias significativas en los niveles de autoconcepto y en las escalas del MMPI, que presentan adolescentes solteras no embarazadas de 14 a 19 años de edad, y los que presentan adolescentes solteras con un embarazo de curso normal"

HIPOTESIS NULA:

"No habrá diferencias significativas en el nivel de autoconcepto que presente el grupo de adolescentes solteras no embarazadas y el que presente el grupo de adolescentes solteras con un embarazo de curso normal"

"No habrá diferencias significativas en el nivel de elevación de las escalas del MMPI, que presente el grupo de adolescentes no embarazadas y el que presente el grupo de adolescentes con un embarazo de curso normal"

Definición de Variables

VARIABLE DEPENDIENTE:

Perfil Psicológico medido a través de las escalas del MMPI y del nivel de autoconcepto de Tennessee.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Presencia de embarazo y Ausencia de embarazo.

VARIABLES CONTROLADAS:

Edad, Escolaridad, Nivel Socioeconómico por constancia de condiciones.

Definiciones Conceptuales:

Personalidad. La organización dinámica, interna del individuo, de los procesos psicofísicos que determinan su ajuste único a su ambiente.

Autoconcepto. Es la percepción que uno tiene de sí mismo, específicamente; son las actitudes, sentimientos y conocimientos respecto de las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Adolescente Embarazada Soltera. Persona que no cohabita con una pareja, que se encuentra en un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta y que cursa un episodio normal de la vida procreativa de la mujer.

Adolescente Soltera No Embarazada. Persona que no cohabita con una pareja, que se encuentra en un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta y con ausencia de embarazo.

Definiciones Operacionales:

Personalidad. Interpretación de los puntajes obtenidos en las escalas del MMPI.

Autoconcepto. Interpretación de los puntajes obtenidos a través de las respuestas al cuestionario de autoconcepto del Tennessee.

Adolescente Embarazada Soltera. Persona que integró el grupo experimental y que dio respuesta al cuestionario de autoconcepto y a las escalas del MMPI.

Adolescente Soltera No Embarazada. Persona que integró el grupo control y que dio respuesta al cuestionario de autoconcepto y a las escalas del MMPI.

Muestra

Se eligió una muestra de 60 adolescentes entre los 14 y 19 años de edad, solteras, pertenecientes a un mismo nivel socioeconómico, con un mínimo de escolaridad de nivel primaria.

Se conformaron dos subgrupos con los siguientes criterios de inclusión:

GRUPO EXPERIMENTAL:

- Treinta adolescentes solteras embarazadas.
- Embarazo de curso normal, sin presedentes tales como violación; producto de incesto; sin trastornos físicos como cardiopatías o diabetes y, sin trastornos mentales severos.
- Sin complicaciones en el embarazo como amenaza de aborto, toxemia gravídica, amenaza de parto prematuro.
- Pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo.
- Primaria terminada como escolaridad mínima.
- Este grupo fue seleccionado del "Programa de Atención para Adolescentes Embarazadas" que se realiza en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

GRUPO CONTROL:

- Treinta adolescentes solteras no embarazadas.
- Pertenecientes al mismo nivel socioeconómico que el grupo experimental.
- Primaria terminada como escolaridad mínima.
- Bajo estos criterios éste grupo fue obtenido de la Preparatoria Popular.

Escenario

El presente estudio se llevo a cabo con pacientes de la consulta externa del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, ubicado en la Calz. de Tlalpan No. 4800, así como estudiantes de primer ingreso de la Preparatoria Popular de Ciudad Azteca.

Diseño

El diseño utilizado fue el de dos muestras independientes, tomando un grupo de adolescentes solteras embarazadas y, otro grupo de adolescentes no embarazadas.

Estudio

Evaluativo de Campo: evaluativo en tanto que se analiza la variable embarazo pero sin influir en ella, es decir, no se manipula. De campo por que el estudio se realizó directamente en el lugar donde asistían el tipo de población requerida, como fue el caso de adolescentes embarazadas las cuales asisten a recibir servicio en el Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

Muestreo

Intencional no probabilístico por cuota.

Procedimiento

Se acudió a las diferentes dependencias, con objeto de solicitar autorización para llevar a cabo el estudio y cubrir los objetivos del mismo.

Pasos para la conformación del grupo experimental:

- * Se estableció contacto con el personal que está a cargo del "Programa de Atención para Adolescentes Embarazadas", para obtener información sobre los aspectos generales de las actividades que se realizan en dicho programa.
- * Se realizaron visitas con la finalidad de observar las actividades desarrolladas durante una semana consecutiva, para tener un mayor conocimiento y una mejor relación con el grupo de adolescentes. De esta manera se obtuvieron elementos indispensables para la aplicación de la investigación.
- * Se seleccionó a las adolescentes que reunían las características de inclusión.
- * Con la muestra seleccionada se procedió a dar una breve explicación sobre las características de la investigación, dirigida a motivar a las participantes y poder obtener información verídica.
- * Una vez que las sujetos aceptaron la propuesta, se procedió a la aplicación de los instrumentos en forma individual.

Pasos para el grupo Control:

- * Previa autorización de las autoridades del Plantel, se seleccionaron a los sujetos que reunían las características de inclusión mencionadas.
- * Seleccionada la muestra, se dió una breve explicación sobre las características de la investigación, dirigida a motivar a las participantes y poder obtener información verídica.
- * Contando con la aceptación de los sujetos, se procedió a la aplicación de los instrumentos en forma individual.

VALIDACION Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Escala de Autoconcepto del Tennessee

El grupo de estandarización quedó constituido por una muestra de 626. La muestra incluyó gente de varias partes del país (USA), cuyas edades fluctuaron en un rango de 12 a 68 años de edad, representativos de todos los niveles sociales, económico e intelectual, con un nivel de escolaridad desde 6o. grado de primaria hasta doctorado.

No se ha intentado ampliar el grupo de normalización, ya que se ha encontrado que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma considerable, así mismo los efectos de variables demográficas como sexo, edad, raza, escolaridad y la inteligencia sobre los puntajes de la escala son insignificantes, lo cual indica que no es necesario establecer normas por separado. Por lo tanto, el grupo normativo no refleja la población como un todo en proporción a su composición nacional.

Los coeficientes de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria. Existen otras evidencias de confiabilidad como la de Congdon (1985) en un estudio con pacientes psiquiátricos usando una versión corta de dicha escala, obteniendo un coeficiente de confiabilidad de .88 para el puntaje positivo total.

Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI)

Los datos normativos originales fueron obtenidos con un grupo clínico específico, y un grupo normal de control de 700 personas que representaban un corte transversal de la población del Estado de Minnesota en USA. El muestreo fue adecuado para las edades de 16 a 55 años y de ambos sexos, estudiantes preparatorianos y universitarios que representaban a un sector adecuado de los solicitantes de ingreso a la Universidad, también se obtuvieron datos de varios grupos especiales como de pacientes tuberculosos y epilépticos. Las escalas se

obtuvieron contrarrestando los grupos de sujetos normales con los grupos de casos clínicos, de los cuales 800 eran pacientes de la división de neuropsiquiatría de los Hospitales de la Universidad, cuando la prueba fué aplicada.

Hathaway y Mckinley (1951), utilizando la forma individual con sujetos normales no seleccionados formaron los coeficientes de seis de las variables clínicas en donde el tiempo entre la primera prueba y la segunda varió de 3 días hasta más de un año. Por su parte Cottle (1950) informó de los coeficientes de la primera y segunda prueba utilizando personas no seleccionadas, quienes fueron examinadas con ambas formas, la individual y la de grupo, con una semana de diferencia; a su vez Holzber y Alessi (1949) encontraron coeficientes para el MMPI que certificaban su validéz para continuar con su uso, mientras no se desarrolle un instrumento referido a la personalidad que supere los niveles de confiabilidad y validéz de éste (cit. Nuñez, 1979).

CAPITULO VII

MANEJO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para obtener CUANTITATIVAMENTE los rasgos de personalidad de cada grupo de adolescentes, se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas:

- Análisis de frecuencias, para obtener porcentajes y medidas que definan a la muestra por separado.
- Análisis y medias de perfiles MMPI y TENNESSEE.
- Correlación canónica MMPI y TENNESSEE, para realizar una comparación entre ambos grupos y de las variables por separado y de esa forma poder aceptar o rechazar hipótesis.
- Análisis de discriminantes MMPI y TENNESSEE.

Asimismo, se empleó un tratamiento CUALITATIVO en donde se analizaron las escalas clínicas del MMPI en ambos grupos de adolescentes, realizando una clasificación de perfiles en cuatro diferentes grados de psicopatología.

Grado 1. Indica psicopatología severa.

Grado 2. Indica la presencia de elementos psicopatológicos de menor importancia.

Grado 3. Indica la presencia de algunos problemas que el sujeto intenta resolver por sí mismo.

Grado 4. Indica la ausencia de elementos psicopatológicos.

Análisis Cuantitativo

Se presentan a continuación los resultados del análisis estadístico de los datos:

ANALISIS DE FRECUENCIAS:

Sobre el conjunto de datos recolectados de la muestra formada por ambos grupos de adolescentes, embarazadas y no embarazadas, se hace necesario por principio proceder a organizarlos para conocer características más precisas que definan a la muestra por separado respecto a las diferentes variables tomadas en cuenta.

Al final de este mismo apartado se hace una presentación gráfica de los datos para su mejor comprensión.

La muestra de las adolescentes embarazadas estuvo constituida por 30 sujetos, de los cuales se encontró que el 26.66 % cuenta con una edad de 17 años; el 23.33 % 18 años; el 20.60 % contó con una edad de 19 años; el 18.66 % 15 años y el 3.33 % 14 años. (ver tabla I).

En cuanto a la variable Escolaridad encontramos los siguientes datos: para el grupo de las embarazadas el 36.66 % contó con secundaria completa; el 33.33% con secundaria incompleta; el 10 % con preparatoria incompleta; el 10 % primaria completa; el 6.66 % estudios comerciales y el 3.33 % continúa estudiando. (ver tabla II).

En la siguiente variable estudiada Con Quien Vive podemos observar que el 26.66 % de las adolescentes embarazadas viven con sus padres y hermanos; el 18.33 % viven con uno solo de los progenitores y el 53.33 % viven con otros familiares (tíos, abuelos...) (ver tabla III).

En relación a la variable Primera Experiencia Sexual se encontró que el 46.66% tuvieron su primera experiencia sexual a los 16 años; el 20 % a los 17 años; el 16.66% a los 18 años; el 10 % a los 15 años; el 3.33 % a los 19 y el 3.33 % a los 14 años (ver tabla IV).

Al evaluar la variable Recibieron o No Información Sexual se encontró que el 43.33 % mencionaron haber recibido algún tipo de información sexual, principalmente en las escuelas, por padres o por personal médico; en tanto que el 56.66% mencionó no haber recibido ningún tipo de información sexual (ver tabla V).

En la variable Nivel Socio-Económico Familiar se encontró que del total del grupo de adolescentes embarazadas el 83.33 % pertenecía a un núcleo cuyo ingreso mensual es igual al salario mínimo vigente; el 13.33 % perciben de 2 a 3 veces el salario mínimo vigente y el 3.33 % contaban con un ingreso mensual de 4 a 5 veces el salario mínimo (ver tabla VI).

En relación a la variable Número de Compañeros Sexuales que han tenido las adolescentes, encontramos que el 100 % de ellas mencionaron haber tenido un solo compañero sexual (ver tabla VII).

Acercas de la variable Uso de Métodos Anticonceptivos, el 96.66 % del grupo de adolescentes mencionaron no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo antes del embarazo, mientras que el 3.3 % de las adolescentes utilizaron algún tipo de método anticonceptivo antes del embarazo (ver tabla VIII).

En lo que respecta al grupo de las adolescentes no embarazadas, la muestra estuvo constituida por 30 sujetos de las cuales se encontró en la variable Edad, el 23.33 % del grupo , contaron con una edad de 16 años; el 20 % , tenían 17 años ; el 20 % 18 años; el 20 % 19 años, el 13.33 % 15 años y el 3.33 14 años (ver tabla IX).

En cuanto a la variable Escolaridad el 100 % del grupo tuvo estudios incompletos de preparatoria (ver tabla X).

En la siguiente variable Con Quien Vive podemos observar que el 88.88 % de las adolescentes no embarazadas viven con sus padres y hermanos; el 6.66 % vive con uno de los progenitores y el 6.66 % vive con otros familiares (tíos, abuelos...) (Ver tabla XI).

Con respecto a la variable Primera Experiencia Sexual encontramos que el 93.33 % del grupo de las adolescentes no embarazadas ,mencionaron no haber tenido aún su primera relación sexual, mientras que el 6.66 % ya han tenido su primera experiencia sexual. Dentro de este grupo el 3.33 % la tuvo a los 15 años y el 3.33 % a los 17 años (ver tabla XII).

En lo que se refiere a la variable Información Sexual, notamos que el 83,33 % sí ha recibido información sexual por parte de, en primer término, la escuela, sus padres y de personal médico (ver tabla XIII).

En relación a la variable Nivel Socio-Económico Familiar se encontró que del total de grupos de adolescentes no embarazadas, el 56,66 % recibieron un ingreso familiar mensual de 2 a 3 veces el salario mínimo vigente; el 33,33 % percibieron un ingreso familiar igual al salario mínimo vigente; el 8,66 % percibieron más de cinco veces el salario mínimo y el 3,33 % percibieron de 4 a 5 veces el salario mínimo vigente (Ver tabla XIV).

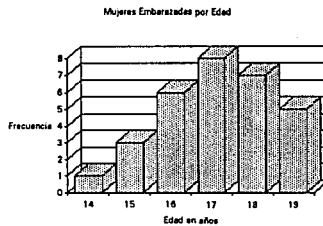
Al observar la variable Número de Compañeros Sexuales que han tenido las adolescentes no embarazadas, encontramos que del 8,66% que mencionaron haber tenido su primera experiencia sexual, el 50% ha tenido un solo compañero sexual y el 50 % han tenido 4 compañeros sexuales (Ver tabla XV).

Acerca de la variable Uso de Métodos Anticonceptivos, encontramos que el 96,66 % no utiliza ningún método anticonceptivo, puesto que no han tenido su primera relación sexual y el 3,33 % de las adolescentes no embarazadas sí utilizan métodos anticonceptivos (Ver tabla XVI).

TABLA I

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Clasificación por edad.

Edad	F(x)	%
14	1	3.33%
15	3	10.00%
16	6	20.00%
17	8	26.67%
18	7	23.33%
19	5	16.67%
total:	30	100%



Porcentaje de edades

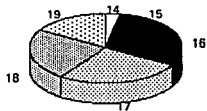


TABLA II

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Clasificación por escolaridad.

Escolaridad	F(x)	%
A) Preparatoria incompleta	3	10,00%
B) Secundaria incompleta	10	33,33%
C) Secundaria completa	11	36,67%
D) Primaria completa	3	10,00%
E) Estudios comerciales	2	6,67%
F) Continua estudiando	1	3,33%
total:	30	100%

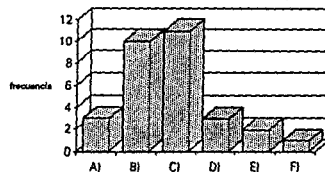
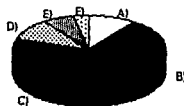
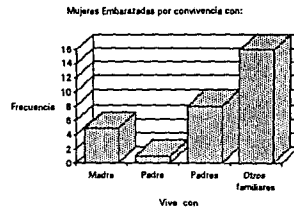
Mujeres Embarazadas por Escolaridad**Escolaridad (%)**

TABLA III

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Con quién vive.

Vive con	F(x)	%
Madre	5	16,67%
Padre	1	3,33%
Padres	8	26,67%
Otros familiares	16	53,33%
total:	30	100%



Vive con (%)



TABLA IV

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Edad de la primera experiencia sexual

Edad	F(x)	%
14	1	3.33%
15	3	10.00%
16	14	46.67%
17	6	20.00%
18	5	16.67%
19	1	3.33%
total:	30	100%

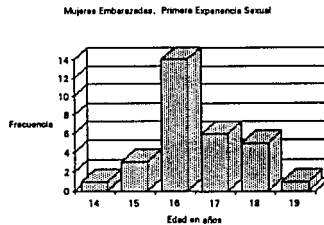


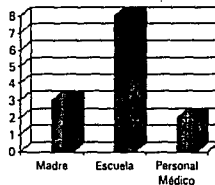
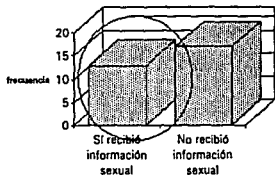
TABLA V

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Recibió Información Sexual

Estatus	F(x)	%
Si recibió información sexual	13	43.33%
No recibió información sexual	17	56.67%
total:	30	100%

Recibió Info. de:	F(x)	%
Madre	3	23.08%
Escuela	8	61.54%
Personal Médico	2	15.38%
total:	13	100%

Mujeres Embarazadas. Recibió información sexual



Recibió Información



TABLA VI

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Nivel Socioeconómico Familiar

N.S.E. Familiar	F(x)	%
1 salario mínimo	25	83.33%
2 a 3 veces el S.M.	4	13.33%
4 a 5 veces el S.M.	1	3.33%
más de 5 veces S.M.	0	0.00%
total:	30	100%

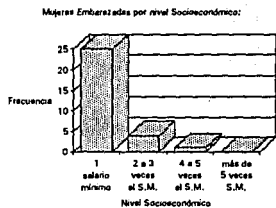
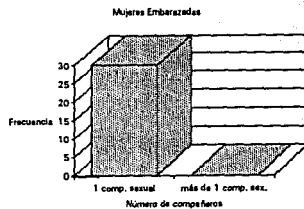


TABLA VII

Grupo de Mujeres Embarazadas.
Número de Compañeros Sexuales

No. compañeros	F(x)	%
1 comp. sexual	30	100.00%
más de 1 comp. sex.	0	0.00%
total:	30	100%



Compañeros Sexuales

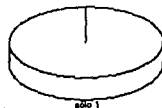
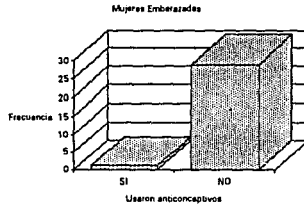


TABLA VIII

**Grupo de Mujeres Embarazadas.
Uso de Métodos Anticonceptivos**

Uso anticonceptivos	F(x)	%
SI	1	3.33%
NO	29	96.67%
total:	30	100%



Uso de Anticonceptivos



TABLA IX

Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Clasificación por edad.

Edad	F(x)	%
14	1	3.33%
15	4	13.33%
16	7	23.33%
17	6	20.00%
18	6	20.00%
19	6	20.00%
total:	30	100%

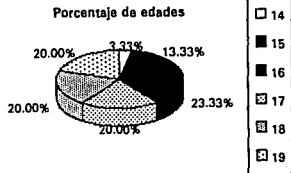
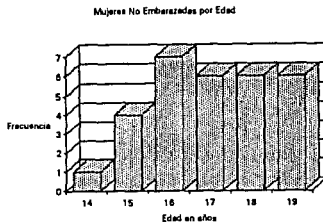
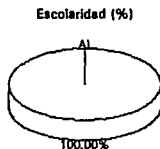
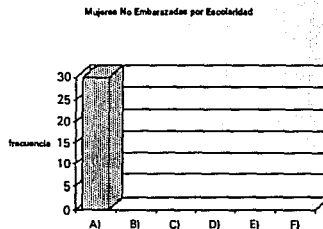


TABLA X

Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Clasificación por escolaridad.

Escolaridad	F(x)	%
A) Preparatoria incompleta	30	100.00%
B) Secundaria incompleta		0.00%
C) Secundaria completa		0.00%
D) Primaria completa		0.00%
E) Estudios comerciales		0.00%
F) Continúa estudiando		0.00%
total:	30	100%



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA XI

Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Con quién vive.

Vive con	F(x)	%
Madre	2	6.67%
Padre	0	0.00%
Padres	26	86.67%
Otros familiares	2	6.67%
total:	30	100%

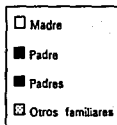
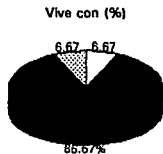
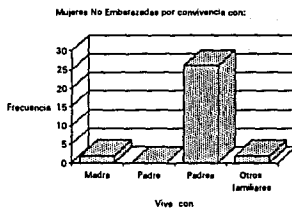
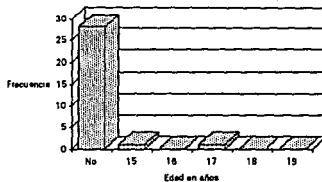


TABLA XII

Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Edad de la primera experiencia sexual

Edad	F(x)	%
Aún No	28	93.33%
15	1	3.33%
16	0	0.00%
17	1	3.33%
18	0	0.00%
19	0	0.00%
total:	30	100%

Mujeres No Embarazadas, Primera Experiencia Sexual



Porcentaje de edades

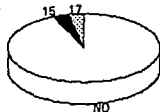


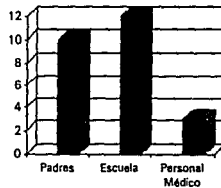
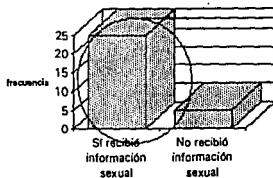
TABLA XIII

Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Recibió Información Sexual

Estatus	F(x)	%
Sí recibió información sexual	25	83.33%
No recibió información sexual	5	16.67%
total:	30	100%

Recibió Info. de:	F(x)	%
Padres	10	40.00%
Escuela	12	48.00%
Personal Médico	3	12.00%
total:	25	100%

Mujeres No Embarazadas. Recibió Información sexual



Recibió Información

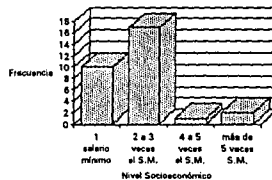


TABLA XIV

Grupo de Mujeres No Embarzadas.
Nivel Socioeconómico Familiar

N.S.E. Familiar	F(x)	%
1 salario mínimo	10	33.33%
2 a 3 veces el S.M.	17	56.67%
4 a 5 veces el S.M.	1	3.33%
más de 5 veces S.M.	2	6.67%
total:	30	100%

Mujeres No Embarzadas por nivel Socioeconómico:



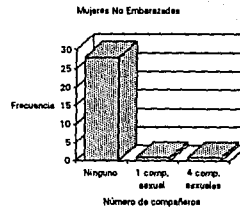
Nivel S.E.F.



TABLA XV

Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Número de Compañeros Sexuales

No. compañeros	F(x)	%
Ninguno	28	93.33%
1 comp. sexual	1	3.33%
4 comp. sexuales	1	3.33%
total:	30	100%



Compañeros Sexuales

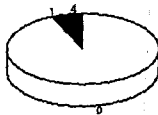
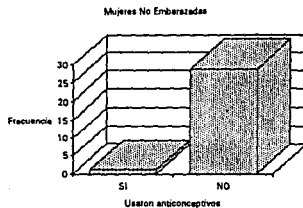


TABLA XVI

**Grupo de Mujeres No Embarazadas.
Uso de Métodos Anticonceptivos**

Uso anticonceptivos	F(x)	%
SI	1	3.33%
NO	29	96.67%
total:	30	100%



Uso de Anticonceptivos



ANALISIS Y MEDIAS DE PERFILES MMPI:

En lo que respecta a las escalas de validéz del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), se obtuvieron las medias de los perfiles de los grupos de las adolescentes embarazadas y no embarazadas (Ver Tabla XVII al final de este apartado).

Para las escalas de validéz se observó que en la Escala L (Mentira), la muestra en su totalidad obtuvo un promedio de 5.06, el grupo de embarazadas presentó un promedio de 5.90 con una desviación standar de 2.34, mientras que el grupo de las no embarazadas presentó un promedio de 4.23 con una desviación standar de 1.91.

En lo que se refiere a la Escala F (Confusión), se encontró que ambos grupos obtuvieron un promedio de 12.88, correspondiendo para el grupo de las embarazadas un promedio de 12.08, con una desviación standar de 6.55, y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 13.30 con una desviación standar de 5.20.

En la Escala K (Aceptación), se observó que el puntaje promedio para ambos grupos fue de 81.31, indicando para el grupo de las embarazadas un puntaje de 8.83 y una desviación standar de 2.57 y para el grupo de las no embarazadas un puntaje de 8 con una desviación de 3.30.

En las Escalas Clínicas se observó que en la de Hipocondriasis (1), la muestra en general presenta un promedio de 12.01, indicando que el grupo de las adolescentes embarazadas obtuvo un promedio de 13.38 con una desviación standar de 5.07, y el grupo de las adolescentes no embarazadas un promedio de 10.68 y una desviación standar de 3.10.

Para la Escala de la Depresión (2), se observó que el promedio para ambos grupos fue de 25.98, resaltando para las adolescentes embarazadas un promedio de 27.70 y una desviación standar de 4.90, y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 24.23 con una desviación standar de 4.42.

Para la Escala de Histeria (3) se observó un promedio general en ambos grupos de 20.93, encontrando un promedio de 22.66 para el grupo de las embarazadas y una desviación standar de 5.73, mientras que para el grupo de las no embarazadas se encontró un promedio de 19.20 con una desviación standar de 3.45.

Para la Escala de Desviación Psicopática (4), el puntaje promedio del total de la muestra fue de 20.05, indicando para el grupo de las embarazadas un promedio de 18.98 con una desviación standar de 6.20, y para el grupo de las adolescentes no embarazadas un promedio de 21.13 con una desviación standar de 4.03.

En la Escala Masculino-Femenino (5), se obtuvo un promedio para el total de la muestra de 30.13, obteniendo para el grupo de las embarazadas un promedio de 29.26 con una desviación standar de 5.40, y para el grupo de las adolescentes no embarazadas un promedio de 31 con una desviación standar de 3.77.

Para la Escala de la Paranoia (6), se encontró que el promedio para la muestra total fue de 11.86, observando que las embarazadas obtuvieron un promedio de 12.33 y una desviación standar de 5.10, mientras que el grupo de las no embarazadas alcanzó un promedio de 11.63 con una desviación standar de 3.43.

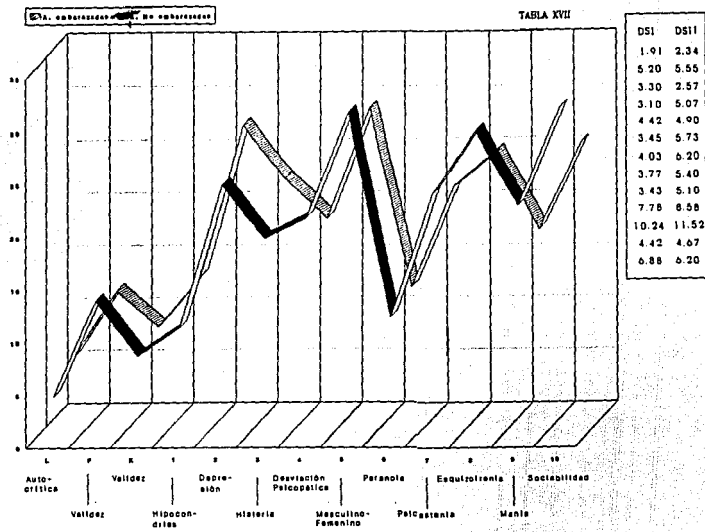
Así mismo, para la Escala de Psicastenia (7), se encontró que para la muestra en general se obtuvo un promedio de 22.58, correspondiendo para el grupo de las embarazadas un puntaje de 21.66 con una desviación standar de 6.58, y para el grupo de las no embarazadas un puntaje de 23.30 y una desviación standar de 7.78.

En lo que respecta a la Escala de la Esquizofrenia (8), se observó un puntaje promedio para la totalidad de la muestra de 27.18, indicando para el grupo de adolescentes embarazadas un puntaje de 17.83, con una desviación standar de 11.52, y para el grupo de adolescentes no embarazadas un puntaje de 29.20 con una desviación standar de 10.24.

Para la Escala de la Manía (9), el total de la muestra presentó un puntaje promedio de 20.01 y una desviación standar de 4.87, correspondiendo para el grupo de las embarazadas un promedio de 17.83 con una desviación standar de 4.87, y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 22.20 y una desviación standar de 4.42.

Para la última Escala, Sociabilidad (0), se encontró que para la muestra en general se obtuvo un puntaje promedio de 28.63, encontrando que el grupo de las embarazadas tuvo un promedio de 25.88, con una desviación standar de 6.20, y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 31.40 con una desviación standar de 6.88.

Perfil del MMPI para adolescentes
embarazadas y no embarazadas



CORRELACION CANONICA MMPI:

Comparación de Variables por separado:

Como se puede observar al efectuar la comparación entre grupos de las variables por separado, de las trece escalas que integran el MMPI, seis obtuvieron valores asociados a una probabilidad de 0.05 o menor indicándose de esta forma que existen diferencias significativas entre el grupo de adolescentes embarazadas y el grupo de adolescentes no embarazadas de tal forma que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula para este grupo de variables (Ver Tabla XVIII al final de este apartado).

De las seis escalas diferentes, en cuatro de ellas las embarazadas puntúan más alto y sólo en dos lo hicieron las no embarazadas.

En la primera Escala L (Mentira), se encontró para el grupo de embarazadas una media de 5.90 y para el grupo de las no embarazadas destacó una media de 4.23, lo cual nos indica que el grupo de adolescentes embarazadas se mostraron menos sinceras al contestar la prueba, y que tuvieron más dificultad para mostrarse tal cual son, con respecto al grupo de las no embarazadas.

La segunda Escala Hipocondrías (1), el grupo de las embarazadas obtuvo una media de 13.37, mientras que el grupo de las no embarazadas presentó una media de 10.67 de lo cual se desprende que el grupo de embarazadas mostró tener una mayor preocupación por su salud física y su imagen corporal en comparación con las adolescentes no embarazadas.

En lo que respecta a la Escala de la Depresión (2), el grupo de las embarazadas presentó un promedio de 27.70, mientras que el grupo de las no embarazadas obtuvo un promedio de 24.23, lo que nos indica que en las adolescentes embarazadas se encontraron sentimientos de inseguridad, minucavalla, abatimiento y culpa con respecto al grupo de las no embarazadas.

En lo que se refiere a la siguiente Escala de la Histeria (3), se observó que el grupo de las adolescentes embarazadas presentó un promedio de 22.66, en tanto que para el grupo de no embarazadas se observó un promedio de 19.20, lo que se traduce a que el grupo de las embarazadas mostró mayor demanda de cariño,

CAPITULO VII.

aceptación y tolerancia, y que además tienden a ser dependientes de las personas ante las cuales se sienten aceptadas, con respecto al grupo de las no embarazadas.

Otra de las escalas donde se encontraron diferencias es la de Manía (9), en donde el grupo de las embarazadas mostró una media de 17.83, mientras que el grupo de las no embarazadas obtuvo una media de 22.20, lo que se traduce que las adolescentes embarazadas manifiestan una falta de energía y motivación para realizar cualquier actividad, al igual que existe una disminución en el interés de lo que sucede al su alrededor, en relación al grupo de no embarazadas.

Otra escala que presentó diferencias fue la de Sociabilidad (0), ya que para el grupo de las embarazadas se obtuvo una media de 24.20 y para el grupo de las no embarazadas se encontró una media de 36.73, lo cual nos indica que el grupo de las adolescentes embarazadas poseen menor capacidad para reflexionar acerca de sí mismas en relación al grupo de adolescentes no embarazadas.

COMPARACION ENTRE GRUPOS
VARIABLES MMPI POR SEPARADO N =

VARIABLE		T	Co	P	X ₁	DS ₁	X ₂	DS ₂
VALIDEZ	L	-3.03	58	.004 [*]	4.23	1.91	5.98	2.34
	F	0.81	58.0	.423	13.38	5.194	12.06	6.57
	K	-0.93	55.18	.489	8.08	3.38	8.64	2.57
(1) HIPOCONDRIASIS		-2.49	47.99	.016	10.67	3.18	13.37	5.07
(2) DEPRESION		-2.88	58.0	.006 [*]	24.23	4.415	27.78	4.893
(3) HISTERIA		-2.84	47.67	.007 [*]	19.28	3.46	22.66	5.72
(4) DESV. SOCIOPATICA		1.61	49.74	.115	21.13	4.02	18.97	1.13
(5) MASCULINO-FEMENINO		1.44	51.76	.155	31.8	3.76	29.27	5.40
(6) PARANOIA		-0.62	58.76	.536	11.63	3.42	12.34	5.18
(7) PSICASTENIA		0.68	58.0	.508	23.38	7.77	21.87	8.58
(8) ESQUIZOFRENIA		1.43	58.0	.157	29.28	10.24	25.16	11.51
(9) MANIA		3.72	58.0	.008 [*]	22.28	4.42	17.83	4.67
(8) SOCIABILIDAD		3.27	58.0	.041 [*]	36.73	5.23	34.28	4.18

TABLA XVIII

X₁ = MEDIA DEL GRUPO DE ADOLESCENTES NO EXHIBICIONISTAS

* Se acepta hipótesis alterna.

X₂ = MEDIA DEL GRUPO DE ADOLESCENTES EXHIBICIONISTAS

. Se acepta hipótesis nula.

ANÁLISIS DE DISCRIMINANTES MMPI:

Por otra parte, dado que para el estudio de la personalidad no podemos fragmentarla, se ve la necesidad de llevar a cabo un análisis de perfiles a través del análisis de discriminantes. De tal forma que como podemos observar en la tabla sumaria del análisis de discriminantes del MMPI, de las trece variables incluidas en el análisis, once de ellas formaron la función discriminante (Ver Tabla XD).

Se presenta el resumen del análisis de discriminantes efectuado entre el grupo de adolescentes embarazadas y no embarazadas con los puntajes del MMPI, se incluyen los valores lambda de Wilk y las D's cuadradas mínimas correspondientes a las variables que formaron la función discriminante (Ver Tabla XQ).

De igual forma, se muestran los coeficientes estandarizados de las variables que se incluyeron en la función y, como se mencionó en la tabla anterior, de las trece variables incluidas, once de ellas formaron la función discriminante. Así mismo se muestran las variables relevantes de la función Canónica discriminante encontrada, cuyo nivel de significancia fue de .0000 (Ver Tabla XQ).

También se presenta la evaluación de la función de la media de los grupos (centroides), percibiéndose con ésta que el grupo de las adolescentes no embarazadas se encuentran a más de una unidad a la derecha de la distribución normalizada, mientras que el grupo de las adolescentes embarazadas se encuentran a más de una unidad a la izquierda de la distribución normalizada (Ver Tabla XQ).

En relación a la tabla XQ, la primera variable de la función que puntas más alto, es decir, la que obtiene el coeficiente más alto es la de Esquizofrenia (6), cuyo coeficiente estandarizado fue de .83657, en donde para el grupo de las embarazadas correspondió una media de 25.18 y para el grupo de las no embarazadas la media fue de 29.20 por lo que se deduce que en el grupo de embarazadas se aprecia menor tendencia hacia la fantasía y al aislamiento en relación el grupo de las no embarazadas.

En el siguiente bloque de variables con más peso, semejante entre ellas, se encuentra la escala de la Paranoia (6), con un coeficiente estandarizado de -.68901, en donde para el grupo de embarazadas le correspondió una media de 12.34 y

para el grupo de las no embarazadas la media fue de 11.83, lo que nos indica que el grupo de las embarazadas se muestran más desconfiadas y suspicaces en relación al grupo de las no embarazadas.

La Escala K (Validez), obtuvo un coeficiente estandarizado de .66108, para el grupo de las embarazadas les correspondió una media de 8.64, y para el grupo de las no embarazadas la media fue de 8.00, de tal forma que el grupo de embarazadas se sienten menos capaces de resolver sus problemas, que las adolescentes del grupo de no embarazadas.

Para la Escala de la Sociabilidad (0), le corresponde un coeficiente estandarizado de .85386, se encontró que el grupo de embarazadas presentó una media de 34.20 y el grupo de las no embarazadas una media de 38.73, es decir, las embarazadas presentaron menor capacidad para reflexionar acerca de sí mismas con respecto al grupo de las no embarazadas.

Para el siguiente grupo de escalas que puntúan más alto encontramos en primer lugar a la Escala de la Depresión (2), con un coeficiente estandarizado de -.5925 y como se menciona anteriormente el grupo de las adolescentes embarazadas obtuvo una media de 27.70, mientras que el grupo de las no embarazadas presentó una media de 24.23, lo que nos indica que en las adolescentes embarazadas aparecen sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa, con respecto al grupo de las no embarazadas.

La siguiente escala, la Escala de Menfía (8), cuyo coeficiente estandarizado fue de .74718, en donde el grupo de embarazadas obtuvo una media de 17.83 y el grupo de las no embarazadas mostró una media de 22.20, lo que se traduce en una falta de energía y motivación para realizar cualquier actividad por parte del grupo de embarazadas, en relación al grupo de las no embarazadas.

La Escala de la Desviación Psicopática (4), obtuvo un coeficiente estandarizado de .49285, en donde se encontró una media de 18.97 para el grupo de embarazadas, y para el grupo de no embarazadas una media de 21.3 por lo tanto, existe más capacidad en el grupo de las embarazadas para controlar sus descargas impulsivas y tienen menos dificultad para asumir responsabilidades y compromisos sociales, con respecto al grupo de las no embarazadas.

La siguiente Escala F (Validez), presentó un coeficiente estandarizado de $-.43176$, observando que el grupo de las embarazadas tuvo una media de 12.08 y, para el grupo de las no embarazadas una media de 13.30 , es decir, el grupo de las embarazadas tienden a exagerar, en cierta medida, su problemática personal, así como también se sienten más capaces de manejar sus problemas por sí mismas, en comparación con el grupo de las no embarazadas.

El siguiente y último bloque de escalas lo conforman en primer lugar la Escala de la Histeria (3), que cuenta con un coeficiente estandarizado de $-.38189$ y, como ya lo mencionamos, para el grupo de embarazadas se observó una media de 22.68 , en tanto que para el grupo de las no embarazadas se observó una media de 18.20 , lo que se traduce a una mayor demanda de cariño, aceptación y tolerancia, así como, también a una mayor dependencia hacia las personas ante las cuales se sienten aceptadas, en relación al grupo de las no embarazadas.

La Escala Femenino-Masculino (5), con un coeficiente estandarizado de $.37945$, se puede apreciar que para el grupo de las embarazadas se obtuvo una media de 29.27 y, para el grupo de las no embarazadas se obtuvo una media de 31.0 , lo cual nos indica que las embarazadas se muestran más pasivas, dependientes, sumisas y sentimentales, con respecto al grupo de las no embarazadas.

Para la última escala, que conforma este bloque, Escala L (Mentira), presentó un coeficiente estandarizado de $-.26203$, para el grupo de las embarazadas se obtuvo una media de 5.90 y, para el grupo de las no embarazadas la media fue de 4.23 , en donde cabe resaltar que el grupo de las embarazadas fueron menos sinceras, presentaron mayor dificultad para mostrarse tal y como son; ante los demás, en comparación con el grupo de no embarazadas.

Se presenta a continuación los resultados de la clasificación de sujetos, empleando los coeficientes de clasificación y del análisis de discriminantes entre ambos grupos en el MMPI. De tal forma que en la clasificación predicha de los sujetos investigados, a partir de los coeficientes de clasificación derivados de la función Canónica discriminante encontrada, es posible observar que el porcentaje de acierto en la predicción es alto, 88.33% (Ver Tabla X00).

**TABLA SUMARIA DE ANALISIS DISCRIMINANTE DEL MMP1
ENTRE EL GRUPO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS
Y EL DE ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS.**

VARIABLE	LANCDA WILK	SIG	D CUADRADA MINIMA	SIGNIFICANCIA
MANIA	.88783	.0004	.92394	.0004
SOCIABILIDAD	.66371	.0000	1.95918	.0004
DEPRESION	.54526	.0000	3.23	.0000
MASCULINO-FEMENINO	.52	.0000	3.64	.0000
X	.49	.0000	4.02	.0000
HISTERIA	.46	.0000	4.62	.0000
DESVIACION SOCIOPATICA	.44	.0000	4.93	.0000
PARANOIA	.43	.0000	5.16	.0000
ESQUIZOFRENIA	.40	.0000	5.73	.0000
F	.39	.0000	6.03	.0000
(L) MENTIRA	.38	.0000	6.28	.0000

TABLA XIX

ANALISIS DE DISCRIMINANTES, FUNCION CANONICA
ESTANDARIZADA CENTROIDES,
NIVEL DE SIGNIFICANCIA HMPI

FUNCION	VALOR EIGEN	P.CT	CORRELACION CANONICA	LAGRANGA WILK	CHI CUADRADA	G.L.	SIG.
1	1.6228	100.00	0.7166	0.3013	56.622	11	.0000

VARIABLES	COEFICIENTES ESTANDARIZADOS
ESQUIZOFRENIA	.83657
PARANOIA	-.68601
h	.66120
SOCIABILIDAD	.65306
DEPRESION	-.55925
MANIA	.54718
DESV. PSICOPATICA	.49265
F	-.43676
MISTERIA	-.38159
MASCULINO-FEMENINO	.37945
L	-.25203

TABLA XX

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE EVALUADA EN LA
MEDIA DE LOS GRUPOS.

**FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE EVALUADA EN LA
MEDIA DE LOS GRUPOS.**

CENTROIDES

GRUPO I
1.25247

GRUPO II
-1.25247

NUMERO DE CASOS = 68

GRUPO I ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS = 39

GRUPO II ADOLESCENTES EMBARAZADAS = 30

**TABLA DE CLASIFICACION DE CASOS
MMPI**

GRUPO AL QUE PERTENECE	N	GRUPO PREDICHO	
		1	2
GRUPO 1 ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS	38	26	4
		86.7 %	13.3 %
GRUPO 2 ADOLESCENTES EMBARAZADAS	38	3	27
		10.0 %	90.0 %

TABLA XXII

PORCENTAJE DE CASOS "AGRUPADOS" CORRECTAMENTE CLASIFICADOS: 88.37 %

ANALISIS Y MEDIAS DE PERFILES DEL TENNESSEE :

En lo que respecta a la Escala de Autoconcepto de Tennessee, se puede apreciar en los resultados obtenidos, que la capacidad de autocritica (SC) la muestra total presentó un promedio de 35.48, correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 34.20 con una desviación estandar de 4.10 y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 36.73 con una desviación standar de 5.23 .

Para el nivel total de autoestima (Total P), se encontró que el promedio para el total de la muestra fué de 298.05, correspondiendo para el grupo de embarazadas un promedio de 300.78 con una desviación standar de 21.26, y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 296.33 con una desviación standar de 27.83.

En lo que respecta a las hileras que integran la Escala de Autoconcepto del Tennessee, se encontró que para la Hilera de Identidad (1), la muestra total presento un promedio de 109.90; presentando el grupo de embarazadas un promedio de 108.66 con una desviación standar de 8.15 y para el grupo de adolescentes no embarazadas un puntaje promedio de 111.13 y una desviación standar de 10.66.

Para la Hilera de Autosatisfacción (2), se observó que las adolescentes en general presentaron un promedio de 90.53, correspondiendo para el grupo de embarazadas un puntaje promedio de 24.23 y una desviación standar de 8.29 y para el grupo de las no embarazadas un promedio de 88.83 con una desviación standar de 12.40.

Para la última, Hilera de Conducta (3), se observó un promedio de 97.81 para el total de la muestra de adolescentes, presentando el grupo de embarazadas un promedio de 98.20 con una desviación standar de 8.42 y para el grupo de no embarazadas un promedio de 97.43 y una desviación standar de 10.01.

En relación a las columnas que integran la Escala de Autoconcepto, se encontró que para el área de Físico la muestra total presentó un promedio de 82.28, indicando para el grupo de embarazadas un promedio de 81.78 con una desviación standar de 5.94 y para el grupo de no embarazadas un promedio de 82.80 con una desviación standar de 7.88.

CAPÍTULO VII.

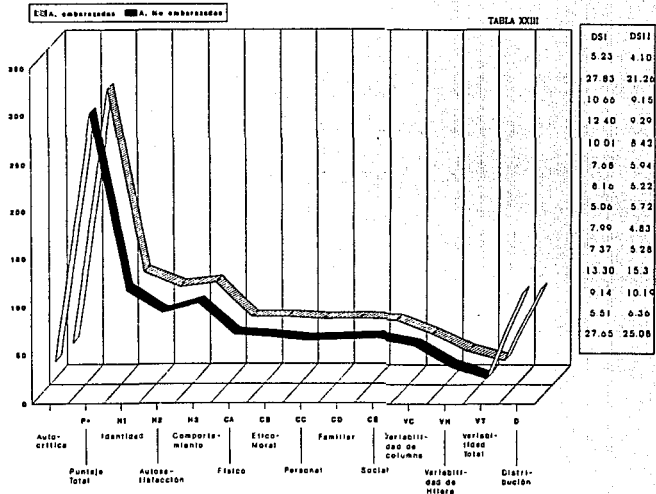
Para el Area Etico Moral, se encontró que la muestra total de adolescentes presentó un promedio de 60.90, destacando para el grupo de embarazadas un promedio de 61.73 con una desviación standar de 5.22, y para el grupo de no embarazadas un promedio de 60.08 con una desviación standar de 8.18.

De igual forma en lo que corresponde al Area Personal, se observó que la muestra en general obtuvo un promedio de 57.60, resaltando para el grupo de embarazadas un promedio 59.23, con una desviación standar de 5.72 y para el grupo de no embarazadas un puntaje promedio 56.38 y una desviación standar de 5.08.

Para el Area Familiar se observó un promedio para el total de la muestra de 58.73, mostrando para el grupo de embarazadas un promedio de 59.98 con una desviación standar de 4.83 y para el grupo de no embarazadas un promedio de 57.50 y una desviación standar de 7.99.

Finalmente en el Area Social, se encontró un promedio de 58.58 para la muestra en general, en donde el grupo de embarazadas presentó un promedio de 58.53 con una desviación standar de 5.28 y para el grupo de las no embarazadas se encontró un promedio de 58.60 con una desviación standar de 7.37 (Ver Tabla XXIII).

Perfil del Tennessee para adolescentes
embarazadas y no embarazadas



CORRELACION CANONICA TENNESSEE:**Comparación de Variables por separado:**

Como se puede observar al efectuar la comparación entre grupos de las variables por separado, de las catorce variables que integran la Escala del Tennessee, seis obtuvieron valores T asociados a una probabilidad de 0.05 o menor, indicándose de esta forma que existen diferencias significativas entre el grupo de adolescentes embarazadas y el de adolescentes no embarazadas. De tal forma que podemos aceptar la Hipótesis de Trabajo y podemos rechazar la Hipótesis Nula para este grupo de variables (Ver Tabla XXIV).

De las seis escalas diferentes, cuatro de ellas puntúan más alto en el grupo de no embarazadas, mientras que sólo en dos lo hicieron el grupo de las embarazadas.

Para la primera escala de autocrítica, se observó para el grupo de las embarazadas una media 34.20 y para el grupo de no embarazadas una media de 36.73, lo que nos indica que el grupo de embarazadas tienen menor capacidad de autocrítica, con respecto al grupo de no embarazadas.

Para la siguiente escala, Escala de Autosatisfacción (2), se observó para el grupo de embarazadas una media de 94.23 y para el grupo de no embarazadas una media de 86.83, de tal forma que en el grupo de embarazadas existe un mayor índice de sentimientos de autosatisfacción o autoaceptación con respecto a su Yo percibido, con respecto al grupo de no embarazadas.

En lo que respecta a la siguiente escala, Columna Personal, en donde se observaron diferencias, se encontraron una media de 56.23 para el grupo de las embarazadas y una media de 56.36 para el grupo de no embarazadas, lo que indica que el grupo de embarazadas se autoevalúan de mejor forma, así como también existe una mejor adecuación con los seres que les rodean, en comparación con el grupo de no embarazadas.

En la siguiente escala diferente (VC) variabilidad de columna; el grupo de embarazadas mostró una media de 43.66 y el grupo de no embarazadas una media de 51.93.

De igual forma en (VH) variabilidad de hñera, hubo diferencias, obteniendo el grupo de embarazadas una media de 28.33 y el grupo de no embarazadas una media de 32.13, lo que nos indica que en el grupo de las embarazadas hay menos variación entre una y otra área de su personalidad, existe más unidad e integridad personal, en relación al grupo de no embarazadas.

Para la última escala diferente, en la comparación de variables por separado, encontramos la (D) Distribución; encontrando una media de 92.08 para el grupo de embarazadas y una media de 108.83 para el grupo de no embarazadas, lo que nos muestra una menor certeza o seguridad en la autoimágen, es decir, las adolescentes embarazadas se muestran más inseguras en la percepción de su autoimágen, en comparación con las adolescentes no embarazadas.

CORRELACION CANONICA TENNESBEE

COMPARACION ENTRE GRUPOS
VARIABLES POR SEPARADO TENNESBEE

VARIABLE	T	GI	P	X ₁	D ₁	X ₂	D ₂
AUTOCRITICA	2.89	58.8	.041 ^a	36.73	5.23	34.28	4.18
(AUTOESTIMA) PUNTAJE TOTAL	-8.85	58.8	.39	295.33	27.83	388.77	21.26
NILERA: IDENTIDAD	0.96	58.8	.34	111.13	18.67	188.67	9.15
NILERA: AUTOSATISFACCION	-2.41	58.8	.81 ^a	86.83	12.41	94.23	9.29
NILERA: COMPORTAMIENTO	-8.32	58.8	.75	97.43	18.82	98.28	8.42
C.A: FISICO	8.58	58.8	.56	62.88	7.69	61.76	5.94
C.B: ETICO-MORAL	-8.94	49.35	.35	68.86	8.16	61.73	5.22
C.C: PERSONAL	-2.85	58.8	.85 ^a	56.36	5.86	59.23	5.72
C.D: FAMILIAR	-1.45	47.71	.15	57.58	7.99	59.97	4.83
C.E: SOCIAL	8.84	52.54	.96	58.68	7.37	58.53	5.28
VARIABILIDAD COLUMNA (VC)	2.23	58.8	.83 ^a	51.93	13.38	43.66	15.31
VARIABILIDAD NILERA (UN)	2.32	58.8	.82 ^a	32.13	9.14	26.33	18.19
VARIABILIDAD TOTAL	1.68	58.8	.11	19.88	5.51	17.33	6.37
DISTRIBUCION (D)	2.46	58.8	.82 ^a	188.83	27.45	92.86	25.88

TABLA XXIV

^a Se acepta hipotesis H₁

ANÁLISIS DE DISCRIMINANTES TENNESSEE :

Por otra parte, como ya dijimos, es necesario para el estudio de la personalidad, retomarla como una totalidad, es por ésto que llevamos a cabo también en la Escala de Autoconcepto de Tennessee un Análisis de Perfiles a través del análisis discriminante. Así que, como podemos observar en la Tabla Sumaria del Análisis Discriminante de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, de las catorce variables incluidas en el análisis, cinco de ellas formaron la función discriminante (Ver Tabla XXV).

Se presenta también el resumen del análisis discriminante efectuado entre el grupo de adolescentes embarazadas y el grupo de adolescentes no embarazadas con los puntajes de la Escala del Tennessee, se incluyen los valores Lambda de Wilk y las D's cuadradas Mínimas correspondientes a las variables que formaron la función discriminante (Ver Tabla XXVI).

De la misma forma, se muestran los coeficientes estandarizados de las variables que se incluyeron en la función, de las 14 variables incluidas, cinco de ellas formaron la función discriminante. Asimismo se muestran las variables relevantes de la Función Canónica Discriminante encontrada, cuyo nivel de significancia fue de .0022 (Ver Tabla XXVI).

También se presenta la evaluación de la función de la media de los grupos (Centroides), percibiéndose con ésta, que el grupo de adolescentes no embarazadas se encuentran a más de media unidad a la derecha de la distribución normalizada, mientras que el grupo de las adolescentes embarazadas se encuentran a más de media unidad a la izquierda de la distribución normalizada (Ver Tabla XXVII).

En relación a la (Tabla XXVI), la primer variable de la función que obtiene coeficiente más alto es la Hítera (2) Autosatisfacción, cuyo coeficiente estandarizado fue de 1.56875, en donde el grupo de embarazadas le correspondió una media de 94.23 y para el grupo de no embarazadas obtuvo una media de 88.83; y, como ya dijimos, se traduce a sentimientos de mayor autosatisfacción o autoaceptación acerca de su Yo percibido, por parte del grupo de embarazadas en relación al grupo de las no embarazadas.

El siguiente grupo de variables que por peso semejante en su coeficiente estandarizado se agrupan, están en primer lugar Columna A Fielco; con un coeficiente estandarizado de $-.67235$. Para el grupo de embarazadas les correspondió una media de 61.76 y para el grupo de no embarazadas la media fué de 62.80 . De tal forma que el grupo de embarazadas se encuentran más preocupadas por su salud física y por su apariencia personal que el grupo de no embarazadas.

Para la siguiente variable (D) Distribución, con un coeficiente estandarizado de $-.64006$ y en donde el grupo de embarazadas la media fué de 82.06 y para el grupo de no embarazadas la media fué de 108.83 , lo que nos muestra en el grupo de embarazadas menor certeza o seguridad en la autoimagen, es decir, se muestran más inseguras en la percepción de su imagen en comparación con las adolescentes no embarazadas.

En el siguiente bloque de variables que continúan de acuerdo al puntaje de su coeficiente se encuentra (VH) Variabilidad de Hillera, con un coeficiente estandarizado de $.54803$, como ya lo mencionamos, para el grupo de embarazadas correspondió una media de 26.33 y para el grupo de no embarazadas la media fué de 32.13 , lo que nos indica que el grupo de embarazadas presentan más unidad e integración personal, en relación al grupo de no embarazadas.

Para la última variable de la función canónica estandarizada (Columna E) Social; cuyo coeficiente estandarizado fué de $-.50153$, se encontró que para el grupo de embarazadas la media fué de 58.53 y para el grupo de no embarazadas les correspondió una media de 58.60 , lo que nos señala que el grupo de embarazadas poseen una forma más adecuada de relacionarse con los demás con respecto al grupo de no embarazadas.

Se presenta enseguida los resultados de la Clasificación empleando los coeficientes de Clasificación y del Análisis Discriminante entre el grupo de las adolescentes embarazadas y el grupo de adolescentes no embarazadas en la Escala del Tennessee. De tal forma que la clasificación predicha de los sujetos investigados a partir de los coeficientes de clasificación derivados de la función canónica discriminante encontrada, observándose que el porcentaje de acierto en la predicción es alta, 76.67% (Ver Tabla XXVIII).

**TABLA SUMARIA DE ANALISIS DISCRIMINANTE DEL
TENNESSEE ENTRE EL GRUPO DE ADOLESCENTES
EMBARAZADAS Y EL DE ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS**

VARIABLE	LANCERA D'VILG	SIGNIFICANCIA	D'CUADRADA MINIMA	SIGNIFICANCIA
AUTOSATISFACCION	.89457	.0114	.43571	.0114
DISTRIBUCION	.70712	.0011	1.04576	.0011
SOCIAL	.76540	.0017	1.10463	.0017
VO FISICO	.73059	.0020	1.16030	.0020
VARIABILIDAD HILERA	.71365	.0020	1.55146	.0022

TABLA XXV

ANALISIS DE DISCRIMINANTES; FUNCION CANONICA
ESTANDARIZADA CENTROIDES,
NIVEL DE SIGNIFICANCIA TENNESSEE

FUNCION	VALOR EIGEN	P.CT	CORRELACION CANONICA	LAPIDA WILK	CHI CUADRADA	G.L.	SIG.
1	8.4812	100.00	0.5351	0.7137	10.723	5	.0022

VARIABLES	COEFICIENTES ESTANDARIZADOS
(N) AUTOSATISFACCION	1.56975
(C) FISICA	-.67235
(D) DISTRIBUCION	-.64006
(U) VARIABLE HILEAR	.54603
(CE) SOCIAL	-.50153

TABLA XXVI

.....

FUNCION CANONICA DISCRIMINANTE EVALUADA EN LA
MEDIA DE LOS GRUPOS.

CENTROIDES

GRUPO I	GRUPO II
-.62279	.62279

NUMERO DE CASOS = 60
GRUPO I ADOLESCENTES NO ENHABILITADOS = 30
GRUPO II ADOLESCENTES ENHABILITADOS = 30

TABLA XXVII

**TABLA DE CLASIFICACION DE CASOS
TENNESSEE**

GRUPO AL QUE PERTENECE	N	GRUPO PREDICHO	
		1	2
GRUPO 1 ADOLESCENTES NO ENBARAZADAS	30	22	8
		73.3 %	26.7 %
GRUPO 2 ADOLESCENTES ENBARAZADAS	30	6	24
		20.0 %	80.0 %

TABLA XVIII

**PORCENTAJE DE CASOS "AGRUPADOS" CORRECTAMENTE
CLASIFICADOS 76.67 %**

Clasificación de los Perfiles de Personalidad

Los siguientes datos están basados en un análisis cualitativo que nos permite diferenciar aquellos perfiles de personalidad que presentan mayor severidad psicopatológica, de aquellas respuestas que se apegan más a las normas del grupo establecidas con este inventario (Rivers, 1991).

Este análisis aportó los siguientes datos:

Se encontró que el grupo de embarazadas presentan un 83.3 % en el grado 2 de psicopatología, lo que indica la presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia.

Se observó que el 3.3 % del grupo de embarazadas se encuentran en el grado 3 de psicopatología, lo que indica la presencia de algunos problemas que la adolescente intenta resolver por sí misma.

El 3.3 % del grupo de adolescentes embarazadas se localizaron en el grado 4 de psicopatología, lo cual indica que hay ausencia de elementos psicopatológicos.

Por su parte, en el grupo de adolescentes no embarazadas, encontramos los siguientes datos:

El 73.3 % del grupo de adolescentes no embarazadas, se encuentran ubicadas dentro de la clasificación del grado 2 de psicopatología, lo que indica la presencia de algunos elementos psicopatológicos de menor importancia.

Se observó que el 10% del mismo grupo se ubicaron en el grado 3 de psicopatología, es decir, existen algunos problemas que la adolescente intenta resolver por sí misma.

Observamos que el 18% se encontró ubicado en el grado 4 de psicopatología, lo que indica que hay ausencia de elementos psicopatológicos.

CAPITULO VIII

DISCUSION

El propósito de la presente investigación fué determinar los eventos emocionales que se suceden en un grupo de adolescentes solteras embarazadas, para lo cual se trabajó sobre la base de la medición de las escalas del MMPI y de autoconcepto del Tennessee, utilizando un grupo de adolescentes solteras embarazadas y un grupo de adolescentes solteras no embarazadas como grupo control.

El análisis de los datos reveló que el nivel de las escalas del MMPI; (L) Mentira, (Ha) Hipocondría, (D) Depresión, (Hi) Histeria, (Ma) Manía, y (Sc) Sociabilidad, fueron diferentes significativamente entre el grupo de embarazadas y el de no embarazadas (Ver Tabla XVIII). El grupo de adolescentes solteras embarazadas presentó mayores niveles de elevación en las primeras cuatro escalas, por encima del grupo de las no embarazadas; en tanto que éste segundo grupo presentó mayores niveles en las dos últimas escalas, por encima de las adolescentes solteras embarazadas.

En lo que se refiere a las escalas del Tennessee, también se observaron diferencias significativas en ambos grupos. En el área de Autocrítica, Variabilidad de Columna, Variabilidad de Hileras y Distribución, presentaron mayores niveles de elevación las adolescentes no embarazadas, mientras que en las hileras de Autosatisfacción y en la columna Personal, mostraron mayor puntaje las adolescentes solteras embarazadas.

Los datos presentados anteriormente permiten el rechazo de la Hipótesis Nula y por consiguiente apoyan la Hipótesis de Trabajo, planteadas al principio del estudio.

Una vez observados estos datos, se hace referencia al Perfil encontrado en el grupo de adolescentes solteras embarazadas y no embarazadas.

Los datos encontrados en la escala de (L) Mentira del MMPI, ponen de manifiesto que en un estado de embarazo en adolescentes, existe una tendencia a mostrarse ante los demás de una forma poco sincera, que la que se presenta en un estado de no embarazo. De tal forma que las adolescentes solteras embarazadas tratan de enmascarar su problemática y de éste modo sentirse ajustadas a su grupo social, ya que se encuentran en una situación que favorece el rechazo de la gente que les rodea. El embarazo en una adolescente y que además se encuentra sin una pareja, la coloca fuera de la protección del matrimonio, de tal forma que la adolescente, busca consciente o inconscientemente sentirse aceptada socialmente, tratando de dar una buena imagen de sí misma.

Lo anterior se reafirma con la disminución en el nivel de la autocrítica de la escala de Autoconcepto del Tennessee en el grupo de las adolescentes solteras embarazadas.

Cabe señalar que en el grupo de las adolescentes no embarazadas y embarazadas no se presentaron diferencias significativas en las escalas de Validez, (F) Confusión y (K) Corrección; ambos grupos poseen un bajo nivel intelectual y escolar, sintiéndose incapaces de resolver sus problemas por sí mismas. Esta situación puede atribuirse a que las adolescentes de ambos grupos provienen de familias de escasos recursos socioeconómicos, y en donde los padres proporcionan poca atención y apoyo a las necesidades escolares, intelectuales y sociales que la joven pueda tener. Al respecto Alonso (1988) menciona, que los jóvenes de escasos recursos se mueven confusamente entre mitos sexuales y en un medio ambiente violento, agresivo e injusto que no le brinda la atención que necesita.

Jagdeo (1985) y Alvarez (1987) han encontrado en investigaciones con adolescentes solteras embarazadas, un menor coeficiente intelectual y menores aspiraciones escolares que chicas con diferentes oportunidades de vida.

Por su parte, CONAPO (1982) menciona que la joven adolescente está tan ocupada en sí misma, que la actividad intelectual sufre un estancamiento. Lo antes mencionado puede interpretarse como un fenómeno propio de la adolescente, más que una consecuencia del embarazo.

Al hacer mención de la escala 1 (Hs) Hipocondríasis, observamos que en el grupo de las adolescentes solteras embarazadas hay una mayor elevación de ésta

escala con respecto al grupo de no embarazadas. Estos datos nos confirman que existe preocupación y pesimismo debido a la situación del embarazo, pero en donde además se agudiza la preocupación corporal que de por sí existe durante la adolescencia, existiendo una gran variedad de quejas somáticas concernientes a su estado de salud y la de su hijo. Sin embargo, la preocupación somática que se expresa durante el estado de embarazo puede resultar común entre las embarazadas de cualquier edad.

En lo referente a la escala 2 (D) Depresión los resultados nos reportan que el grupo de adolescentes embarazadas tiene un nivel más alto de depresión que las no embarazadas.

Resulta necesario aclarar que tal nivel de depresión, en el grupo estudiado, no llega a un nivel patológico, y no se puede afirmar que el embarazo en adolescentes que no cuenta con una pareja, como es en este caso, puede desencadenar desequilibrio emocional, sino que más bien se presenta como una reacción de ajuste a ésta situación.

Los datos obtenidos coinciden con lo estudiado por Monroy, (1988), quien describe algunos factores que se relacionan con la depresión en la adolescente embarazada, como son; el sentimiento de soledad, el desafecto y un yo débil. La misma autora menciona que en la esfera afectiva de la adolescente se identifican sentimientos de depresión debido a la ruptura afectiva con su compañero, a la pérdida de la virginidad, al abandono del padre de su hijo y al rechazo que el entorno social le dirigen a ella y a su hijo.

Otros autores, entre ellos, Bushell (1961), menciona que en un estado de embarazo llega a presentarse cierto nivel de depresión, debido a que representa un tiempo de cambios fisiológicos, que se presentan generalmente en el primer trimestre del embarazo; también afirma que la mujer embarazada requiere un proceso de adaptación, ya que dicho estado le ocasiona labilidad e hipersensibilidad emocional y un estado de ánimo fluctuante. (cit. en Prieto 1980)

Por su parte Wenner y Johaneson (1967), opinan que los disturbios emocionales de las mujeres embarazadas, frecuentemente son demostrados por síntomas de inseguridad tal como una imagen propia inadecuada, miedo a la soledad, cansancio, tedio, abandono, sentimientos inadecuados de feminidad y competencia con sus madres. (cit. en Prieto 1980)

Sin embargo, en esta investigación a través del análisis cualitativo se encontró que las adolescentes no embarazadas y las embarazadas mostraron similares rasgos de personalidad, lo cual quiere decir que el embarazo por sí mismo no influye en el grado de depresión en las adolescentes, independientemente de su estado, lo que nos sugiere que si se observa algún cambio en esta escala puede ser debida más a la etapa del desarrollo que cursan que al embarazo. Aunado a esto hay que recordar que la adolescente está atravesando por el momento de separación de sus padres, e intentando romper los lazos de dependencia existentes con ellos; ésta separación le provoca episodios de depresión, que son compensados con sentimientos de euforia y exaltación.

Otros factores que coadyuvan a la depresión durante la adolescencia (CONAPO, 1982) son: la pérdida del cuerpo infantil, lo cual ocasiona que los padres ya no le prodiguen los mismos cuidados de antes; el darse cuenta que no reúne los requisitos culturales de belleza impuestos por la sociedad.

En lo que respecta a los resultados obtenidos de la Hilera (1) Autosatisfacción y Columna (C) Personal, de la Escala de Autoconcepto del Tennessee, se puede señalar que en un estado de embarazo existe mayor nivel de autosatisfacción y autoaceptación, que el que existe en el grupo de adolescentes con un estado de no embarazo. Esto tiene una explicación, el embarazo promueve en la adolescente una tendencia hacia sentimientos de autosatisfacción de confianza en sí misma, fortaleciendo su propio valer y sintiéndose digna y valiosa por el acontecimiento, lo que logra equilibrar su nivel de autoestima la cual debemos recordar se encuentra disminuida en ambos grupos de adolescentes.

La consideración antes señalada, confirma el supuesto de Bardwick (1971), en base a que el embarazo promueve mayor autoestima, ya que es producto del desarrollo psicológico de la mujer, debido a que desde pequeña se le adjudicó y

recompensó conductas de pasividad y dependencia; actitudes que socialmente son aceptadas y reforzadas para el papel de la mujer, incluyendo las conductas encaminadas a la maternidad. (cit. en OMS 1985).

Lo anterior coincide con lo encontrado por Corona (1987); y Monroy (1988), quienes mencionan que en nuestra cultura la identidad femenina parece estructurarse en gran parte alrededor de la maternidad, y que la educación de las mujeres se sigue dirigiendo al papel de madre y esposa y que para muchas adolescentes un embarazo es la reafirmación de su condición de mujer, precisamente en la etapa de la vida en que debe consolidarse la identidad sexual.

Por lo tanto, el embarazo representa el éxito en su rol tradicional, y por consiguiente éxito en su feminidad, obteniendo a la par, gratificaciones, motivación y estima. Lo cual no descarta cierto nivel de depresión, matizada de preocupaciones, ligadas a la responsabilidad emocional en la crianza de su hijo.

Al respecto Plosby (1974), menciona que el embarazo en la adolescente es una época excitante, alegre, ella siente algo muy especial y el embarazo fuera del matrimonio no es una excepción (cit. en Prieto 1980).

Por su parte, Jagdeo (1985) reporta que las chicas con bajas aspiraciones escolares y laborales, pueden sentir que la maternidad les da un rol aceptable en la vida, ya que la maternidad es un papel altamente valorado por nuestra cultura (cit. en Atón 1986).

Al observar los datos obtenidos de la escala 3 (H) Histeria, el grupo de las adolescentes solteras embarazadas presentó mayor nivel de elevación, lo que nos habla de personas demandantes de afecto en una forma infantil de acuerdo a los datos cualitativos se confirma que en las adolescentes embarazadas existe una mayor tendencia a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia por parte de la gente que le rodea. Cuando se sienten aceptadas por la gente muestran una fuerte dependencia hacia ellos.

Estos hallazgos coinciden con lo encontrado por Rico de Alonso (1986) y nos confirman que la adolescente embarazada, que no cuenta con una pareja, tiene una desmedida e incontenible necesidad de afecto el cual canaliza neuróticamente

ante quienes les muestran afecto. La gratificación sexual que trata de obtener, no está dirigida a la satisfacción de urgencias "naturales", sino a una entrega sumisa e incondicional y sin ninguna defensa del Yo (Pick de Weiss, 1969).

Pick de Weiss (1969), también afirma que las adolescentes embarazadas muestran una tendencia a manejar el medio a través de sus afectos y emociones, es decir, muy probablemente éstas adolescentes utilizaron el sexo como una forma de obtener afecto y compañía, o bien como intento de formalizar la relación de pareja.

Al referirnos a la escala 7 (Pt) Psicasteria, observamos que dicha escala indica una disminución significativa en los índices de angustia que manejan las adolescentes. Los datos nos informan que el grupo de adolescentes embarazadas presentan cierta incapacidad para beneficiarse de la experiencia pasada, así como de prever las consecuencias de sus actos. La adolescente tiene menor conciencia personal, por lo tanto su capacidad de insight se encuentra disminuida, al igual que su capacidad autorreflexiva.

Algunos autores como Klein (1978) y Oskamps (1983), encontraron que muchas de las adolescentes embarazadas, especialmente las menores de 18 años, utilizan la negación de la realidad como mecanismo de defensa o tal vez, como un estilo cognoscitivo por medio del cual evitan enfrentarse a sus problemas. (cit. en Valderrama 1988).

Piaget (1985), al respecto dice que las adolescentes tienen poca visión de su futuro y no la desarrollan hasta años posteriores. Por lo general las adolescentes no cuentan con la suficiente comprensión de cómo el embarazo puede afectar su vida, y las consecuencias que tendrán que afrontar. Por lo que no se preocupan por evitar una maternidad precóz, sino que más bien la idealizan. Otras ni siquiera piensan en la posibilidad de que puedan embarazarse y a través de pensamientos mágicos creen evitar el riesgo de quedar embarazadas. Otras más piensan que el niño llegará a satisfacer sus necesidades emocionales y a resolver sus situaciones conflictivas, que no pueden resolver por sí mismas.

En lo que respecta a la escala 9 (Ma) Manía, observamos una disminución en el puntaje de dicha escala en el grupo de las adolescentes solteras embarazadas, con respecto al grupo de las no embarazadas; lo cual nos permite interpretar que la adolescente embarazada se encuentra con escasa energía, poca

motivación para realizar planes a futuro. Cabe resaltar que la disminución de energía se correlaciona con los componentes depresivos mencionados anteriormente.

En lo que se refiere a la escala 0 (Si) Sociabilidad, se observa que la capacidad autorreflexiva se ve disminuida en un estado de embarazo, ante ésta situación se puede correlacionar con las escalas de validez (K) y Psicostenia (7), encontrando que la adolescente embarazada tiene menor conciencia personal, no presenta preocupación en relación al medio ambiente.

Nos parece relevante hacer referencia al punto de vista proporcionado por McCreary (1974), quién señala que la influencia del padre en el comportamiento de la madre adolescente es crucial ante las ideas que ésta tenga con respecto a las relaciones sexuales y su habilidad para manejarlas. El tipo de relación emocional y efectiva que haya caracterizado la interacción padre-hija, son aspectos importantes que intervienen en la conducta de una joven que se embaraza (cit. en Friedman 1988).

Citando a otro autores que han investigado sobre las relaciones interpersonales, encontramos a Rosenberg (1965), con una importante contribución a éste respecto, pudo demostrar que adolescentes con bajo nivel de autoestima, se hallaban caracterizados por un sentimiento de incompetencia en las relaciones personales, se sentían aisladas socialmente y creían que los demás no les comprendían, ni les respetaban y no eran capaces de confiar a ellos, desarrollando exceso de suspicacia y desconfianza hacia los hombres (cit. en Prieto 1980).

A este respecto, Young (1945) encontró que muchas de las adolescentes embarazadas provenían de hogares fragmentados, con alguno de los padres dominantes, rechazante o frío. A consecuencia de esta situación las adolescentes experimentaban dificultad para relacionarse con otros individuos del sexo opuesto (cit. en Atkin 1989).

En lo subsiguiente haremos mención de aquellas variables tanto del MMPI, como del Tennessee, en los que ambos grupos no presentan diferencias significativas, tal es el caso de la escala 4 (Dp) Desviación Psicopática, la escala 5 (Mf) Masculino-femenino, la escala 6 (Pa) Paranoia y la escala 8 (Es) Esquizofrenia. Desde esta perspectiva se presume que el efecto causado por la adolescencia en sí, es mayor que el impacto del embarazo.

Particularme, en lo que se refiere a la Desviación Psicopática, se puede inferir sobre los datos arrojados que ambos grupos de adolescentes, embarazadas y no embarazadas, presentan rasgos de agresividad y rebeldía. Al respecto Velasco (1988), Horrocks (1984) y Rico de Alonso (1988), mencionan que el adolescente presenta características de agresividad y hostilidad provocadas en gran medida por la estimulación hormonal que el adolescente sufre durante esta etapa, provocándole gran inestabilidad emocional. Ello nos hace suponer, que en el grupo estudiado, se refleje este fenómeno en la dificultad de relación con las figuras de autoridad y consecuentemente problemas escolares.

En este punto, CONAPO (1982), aduce que los padres dominantes y represivos que no permiten al adolescente pensar en forma distinta, buscan sus valores e ideales, el recurso a su alcance será repetir el modelo familiar, o bien, actuar por oposición; es decir, el joven se rebela ante las imposiciones de los padres y de todo aquello que sea autoridad. Otro recurso que tiene el adolescente es que busque el matrimonio prematuro como satisfacción a sus necesidades y posible solución a sus problemas.

Al observar esta información, se puede inferir que el grupo de adolescentes no embarazadas, resulta ser un grupo altamente vulnerable a presentar un embarazo no deseado. Hay que recordar que los factores que intervienen, para que una joven se embarace o no, son los siguientes: convivir en una familia desintegrada o con poca comunicación, baja autoestima, escasas alternativas diferentes a la maternidad, poca capacidad de insight, pobre rendimiento escolar, bajo nivel intelectual. Si bien estos elementos influyen para que se presente un embarazo no deseado, no son los únicos, ni son determinantes para experimentar un embarazo no deseado en adolescentes.

En lo que respecta a la categoría Familiar de la Escala de Autoconcepto del Tennessee, se observa que en ambos grupos se presenta disminución en el nivel de esta escala. Esto se traduce a que, las embarazadas como las no embarazadas, admiten sentirse a disgusto con sus familias, ya que en éstas, es muy probable que no exista armonía, ni comunicación y si muchos conflictos internos.

En lo relativo a la escala Masculino-Femenino (5), es notorio encontrar que las adolescentes de ambos grupos presentan características de agresividad, siendo atrevidas y rebeldes. A este respecto CONAPO (1982) menciona que la

adolescente en la etapa de orientación sexual percibe al hombre como el protector, el que juega un papel activo, el fuerte. La adolescente limita estas actitudes para aumentar su autoestima y su valer como persona, lo cual compensa la percepción que tiene de sí misma; sumisa, débil, dependiente, esto es un proceso "normal" durante la adolescencia que logra resolver sin conflicto.

En lo referente a la escala de la Paranoia (6), se puede observar que las adolescentes embarazadas y no embarazadas tienen una exagerada sensibilidad a las relaciones interpersonales y son sumamente vulnerables a las críticas que se les hacen.

Es importante señalar que la joven al sentir una serie de transformaciones físicas y mentales, se desconcierta y tiene la necesidad de elaborar conductas que le adapten a su nueva situación. A la gente la vive como amenazante para su integridad personal, de ahí que se aleje del mundo como un recurso para comprender lo que le sucede.

Al adolescente se le pide responsabilidad, productividad, seriedad, metas definidas para el futuro, etc., sin embargo, la sociedad le proporciona poca ayuda para que lo logre. Es entonces, que el joven se siente angustiado por la serie de cometidos que tiene que cumplir y no sabe como lograrlo.

Esta información se confirma con lo encontrado en la Columna de Social del Tennessee, ya que las adolescentes embarazadas y no embarazadas se perciben como inadaptadas en relación a la demás gente, lo que se traduce en una serie de relaciones interpersonales conflictivas. Conforme el adolescente crece, observa y hace sus propias deducciones, su angustia tiende a decrecer y a resolver los conflictos que en sus relaciones interpersonales tenga.

En lo relativo a la escala 8 (Es) Esquizofrenia, podemos notar que las adolescentes de ambos grupos presentan rebeldía ante las normas sociales, egocentrismo, fantasías y creatividad, todos éstos elementos son componentes normales del desarrollo del adolescente.

Al hacer referencia a lo egocéntrica que resulta una joven adolescente, CONAPO (1982) dice que ésta experimenta sus procesos internos como únicos, creyendo que siente y ama de una forma única y especial.

Blos (1970) se refiere a la fantasía y cita que ésta es el paso intermedio entre la heterosexualidad y el narcisismo, y a través de ella, el mundo se interioriza como objeto de amor o de odio.

En cuanto a la creatividad del adolescente, el mismo autor encontró que ésta se presenta con mucha fuerza, el adolescente transmite sus experiencias personales a través de la capacidad artística. Los procesos de fantasear y creatividad del adolescente, le permiten cumplir con la importante función de anticipar la realidad, lo que le sirve de base para planear su futuro.

A manera de resumen del análisis estadístico de los datos, a través del análisis de discriminantes, tenemos que:

El grupo de las adolescentes solteras embarazadas son menos sinceras, presentan rasgos de hipocondría, histeria, depresión, autosatisfacción y con adecuada autoestima. Además, presentan menos angustia, son menos autorreflexivas y autocríticas y por lo tanto tienen menor capacidad para aprender de la experiencia pasada, son desconfiadas y suspicaces, con relaciones interpersonales conflictivas y poca motivación para realizar planes a futuro.

El grupo de las adolescentes solteras no embarazadas son más sinceras, hay un menor grado de autosatisfacción, baja autoestima, oscilan entre la euforia y la depresión. Presentan niveles más altos de angustia, son autorreflexivas y autocríticas. Tienen mayor capacidad de aprender de su experiencia pasada y motivadas a realizar planes a futuro.

CONCLUSIONES

A través del análisis y discusión de los resultados obtenidos en la muestra estudiada, es posible concluir los puntos que a continuación se presentan:

En la mayoría de los casos la fecundidad adolescente constituye un problema de salud materno-infantil con consecuencias en los niveles biológicos, psicológicos y sociales, lo mismo en la madre, el niño, el padre, sus familias y la sociedad.

En lo que respecta a las consecuencias psicológicas, el cual es el punto de interés en el presente estudio, el embarazo adolescente promueve modificaciones en diferentes niveles de su personalidad tales como:

Nivel de Autocrítica; las adolescentes solteras embarazadas son poco sinceras con la gente, siendo ésta una forma de defenderse del medio que le rodea, el cual lo perciben como hostil, ésta actitud les permite adaptarse a su situación y convivir con la sociedad, sintiéndose integradas a ésta.

Nivel de la Depresión; ésta se manifiesta dentro de los límites de normalidad, pero como un componente de su personalidad, ya que ésta se presenta como una forma de adecuarse a su embarazo. Es entonces que la adolescente soltera embarazada presenta fluctuaciones en su estado de ánimo, como labilidad e hipersensibilidad emocional. Manteniendo una actitud de pesimismo ante sus habilidades, aptitudes y ante sus planes a futuro.

Nivel de la Histeria; las adolescentes embarazadas que no cohabitan con una pareja, mantienen una búsqueda continua de aceptación, cariño y tolerancia de parte de la gente, con frecuencia manipula a los familiares y amigos a través de sus molestias físicas relacionadas con el embarazo, para obtener en consecuencia amor y compañía incondicional.

Nivel de Ansiedad; muestran disminución en la conciencia personal, una perspectiva del futuro más corta e incapacidad para prever eventos futuros. Son incapaces de prever y de comprender como el embarazo puede afectar su vida

y las consecuencias que tendrán que afrontar, por lo tanto no se preocupan por evitar una maternidad precóz, sino por el contrario la idealizan, pensando que el niño vendrá a resolver los problemas que por sí mismas no pueden afrontar.

Nivel de Manía; la energía que posee la adolescente embarazada se encuentra disminuida. Mantiene una actitud de indiferencia ante lo que suceda y posee incapacidad para mantener actitudes autorreflexivas. Se destacan también características de sumisión y sentimientos de inferioridad; se muestran incapaces de procesar, organizar y elaborar los estímulos del medio ambiente y los eventos de su experiencia personal.

Nivel de Sociabilidad; las adolescentes solteras embarazadas experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales, son desconfiadas con el sexo opuesto, manifestando una actitud de timidez, inseguridad y sensibilidad extrema ante la crítica de los demás.

Al referirnos a las Escalas Autoconcepto del Tennessee encontramos que:

Nivel de Autoestima (Categorías de Autosatisfacción y Personal), la adolescente soltera embarazada muestra aceptación personal hacia su embarazo, idealizándolo, buscando en la maternidad una forma de cumplir un rol importante en su vida y que sea aceptado por la sociedad.

En las categorías Familiar, Social y Ético-Moral del Tennessee no hubo diferencias significativas entre ambos grupos de adolescentes, así como tampoco hubo diferencias en las escalas de Desviación Psicopática, Masculino-Femenino, Paranoia y Esquizofrenia.

Estos datos muestran claramente que la adolescencia es una etapa de diversos cambios que toman una singular importancia en los jóvenes. En este sentido, las adolescentes embarazadas y no embarazadas, presentan características típicas del proceso adolescente como: agresividad, rebeldía, suspicacia, problemas con la autoridad, sentimientos de desconfianza, alejamiento de la familia, aislamiento, búsqueda de su identidad y pertenencia a un grupo de iguales y los procesos de fantasear y de creatividad.

Al señalar los factores socioculturales que predisponen a la adolescente a un embarazo no deseado se encuentran tres ámbitos principales:

COMUNICACION:

Familiar; entre padres e hijos existe una barrera de incomunicación y falta de información, esto implica que la adolescente esté teniendo actividades sexuales, sin tener un marco bien definido de normas y valores en relación a la sexualidad. En consecuencia la joven no tiene la capacidad de tomar decisiones adecuadas sobre su comportamiento sexual.

Paraja; el tabú en materia de lo sexual, la incapacidad de expresar de manera clara, abierta y directa, sentimientos y expectativas y el indagar en los sentimientos del otro, son componentes claros de una relación de pareja en donde no existe comunicación por lo que pueden desencadenarse actitudes distorsionadas y provocar con ello un embarazo no deseado fuera del matrimonio.

Institucional; Se encuentra poca comprensión en maestros, personal de salud, y otras personas dedicadas al trabajo con adolescentes, ante la ignorancia, miedo o vergüenza que con frecuencia muestra el adolescente cuando solicita algún servicio en materia de sexualidad u otro que se relacione con métodos anticonceptivos.

Medios de comunicación; por el alcance que tienen los medios masivos de comunicación, se transmiten consistentemente costumbres y valores extranjeros que agravan su confusión y que además idealizan, genitalizan y distorsionan la sexualidad.

EDUCATIVAS:

La educación sexual, proporcionada por personal poco capacitado, con un enfoque exclusivamente biológico y de tipo informativo, en una forma unidireccional de maestro a alumno, sin tomar en cuenta las necesidades reales del adolescente.

CULTURALES:

La concepción tradicional sobre la mujer y su rol, ejerce una influencia fundamental en la percepción que tiene ésta de su sexualidad, orientada principalmente hacia la maternidad; y toda actividad que la desvincule de esa meta no está plenamente justificada.

Finalmente, se puede afirmar que la adolescencia es una etapa que se determina, básicamente, por elementos que van desde lo social, la familia, lo político, el modo de producción, el modo de vida, la cultura, hasta el nivel socioeconómico.

De tal manera que la presencia de un embarazo en esta etapa influye sólo en ciertos aspectos de la personalidad, por lo que sería arriesgado tratar de determinar un tipo específico de personalidad en la adolescente que esté en mayor riesgo de embarazo no deseado.

LIMITACIONES

Por medio del presente estudio se intentó cumplir con el propósito planteado al principio de la investigación en relación a las características emocionales que ocurren en una adolescente que se encuentra en un estado de embarazo de curso normal, obteniendo logros que para fines de investigación y práctica clínica resultan útiles.

Sin embargo, es necesario hacer referencia a aquellas limitaciones a las cuales se vio sometido tal estudio y que a continuación mencionamos. Puesto que uno de los requisitos de inclusión a la muestra fué el que la adolescente embarazada no contara con una pareja hubo necesidad de ampliar el tiempo de recepción y resumir a 30 el número total de participantes. De tal manera que no es posible generalizar nuestros datos siendo sólo válidos para ésta muestra. Sin embargo, intentamos salvar éstas deficiencias cumpliendo con el propósito de la siguiente investigación.

Otra limitante fue el tiempo de aplicación de las pruebas psicológicas, el cual correspondió de una hora y media a dos horas, extendiéndose en ocasiones a más tiempo por la dificultad que presentaban las jóvenes en la comprensión de los reactivos y puesto que éstas se aplicaban posteriormente a las sesiones en las que ellas participaban como parte del Programa de Apoyo a la Adolescente Embarazada, con frecuencia provocaba cansancio, tensión física y emocional.

SUGERENCIAS

Es evidente que cualquier investigación arroja datos de los cuales se puede partir para mejorar y/o ampliar las metas de investigación. Por lo tanto, se cree conveniente que así como se señalaron las limitantes que posee el estudio, también se contemple la posibilidad de que posteriores investigaciones puedan tomar en cuenta a poblaciones de otra índole, como pueden ser adolescentes en período de postparto, de tal manera que se intente probar que el mayor efecto de un embarazo aparece cuando la joven se enfrenta a la crianza del niño.

Otro de los estudios que también puede contemplarse es aquel dirigido a encontrar diferencias de personalidad entre adolescentes embarazadas por primera vez y aquellas que cuentan con más de un embarazo.

Otra posible investigación sería la de obtener mediciones en los conocimientos, actitudes y conductas sexuales y anticonceptivas entre adolescentes para probar la efectividad que están teniendo los actuales programas de educación sexual impartidos.

Es importante también la investigación del tipo de relaciones que se suceden con la familia y las adolescentes embarazadas de tal manera que sea posible distinguir si el tipo de relación intrafamiliar es causa o efecto del embarazo.

Asimismo, se sugiere abordar este tipo de estudios a través de la entrevista intentando siempre establecer una relación de confianza con la paciente, despejando dudas, ya que al establecer un buen rapport se asegura que la información proporcionada sea lo más veraz posible.

Por último se sugiere la creación de programas de educación sexual con Metodología Participativa, en donde se favorezca la participación activa de las adolescentes, es decir, creando un ambiente autorreflexivo en donde los jóvenes detecten sus propias necesidades y, a la vez, generen alternativas centradas en

CAPITULO VIII.

su propia realidad. Por lo tanto, el papel que juega el coordinador en la Educación Sexual es en apoyo de un aprendizaje consciente que lleve a un cambio de actitud de los jóvenes y no ser solo un transmisor de información.

BIBLIOGRAFIA

1. Aberastury, Arminia. Knobel, M. (1982). *La Adolescencia normal*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
2. Ackerman, A. (1970). *Psicología Aplicada*. Madrid. Editorial Morata.
3. Alvarez, Gayou. (1987). *Sexualidad en niños y adolescentes*; En: Alvarez G. (Eds.): *Elementos de Sexología*. México, Editorial Interamericana, pp. 71-80.
4. Allport, Gordon (1986). *La Personalidad*; En: Allport, Gordon (Eds.) *La Personalidad, su Configuración y Desarrollo*. Barcelona, Editorial Herder. pp. 64-67.
5. Aridjis, P. (1989). *Nuestra Contradictoria Educación Sexual*. Información Científica y Tecnológica. Vol. 10 pp. 1-4.
6. Atkin, C. Lucille (1988). *El Embarazo en América Latina y el Caribe, Causas y Consecuencias*. Vol. 1 pp. 5.
7. Beauvoir, Simone de (1981). *El Segundo Sexo*. Buenos Aires. Ediciones Siglo XXI.
8. Blois, Peter (1970). *Los Comienzos de la Adolescencia*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.
9. Cattell (1960). *The measurement of intelligence of infants and young children*. New York. Editorial Johnson.
10. Coleman, J.C. (1985). *El Autoconcepto en la Adolescencia*. En: Coleman, J.C. (Eds). *Psicología de la Adolescencia*. Madrid Editorial Morata.
11. CONAPO (1982). *Sexualidad Humana*. Cuatro tomos. México. Editorial CONAPO.
12. Deutch Helen, (1982). *Psicología de la Mujer*. Colombia. Editorial Losada.

13. **Diccionario UNESCO de Ciencias Sociales**, (1987). España. Editorial Planeta Agostini.
14. **Erickson, Erick (1976). Infancia y Sociedad**. Argentina. Editorial Paidós.
15. **Erickson, Erick (1981). Sociedad y Adolescencia**. México. Editorial Siglo XX.
16. **Masters y Johnson, (1985). La Sexualidad Humana**. Tomo II. México. Editorial Grijalbo.
17. **Monroy, Velasco de (1988). Fecundidad en la adolescencia. Riesgos y Opciones**. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cuaderno Técnico Num. 12.
18. **Fitz, W. H. (1985). Tennessee Self Concept Scale**. En: Fitz, W.H. **Nashville Tennessee Counselor Recording and Test Manual**. USA. Editorial Western Psychological Services.
19. **Friedman, L. Herbert (1988). La Investigación Psicológica para la Salud Reproductiva de los Adolescentes**. Conferencia Internacional sobre fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.
20. **Horrocks, J.E. (1984). Psicología de la Adolescencia**. México. Editorial Trilasa.
21. **Hurlock, E. Bergner (1970). Psicología de la Adolescencia**. Buenos Aires. Editorial Paidós.
22. **Igual, I. (1988). El problema de los embarazos**. Revista *Selecciones del Read Digest*. Vol. Mayo pp. 26-30.
23. **Katchadourian, Herant (1984). La Sexualidad Humana, un estudio comparativo de su evolución**. México. Editorial Fondo de Cultura Económica.
24. **Kerlinger, N. Fred (1984). Análisis Canónico y Discriminativo**. En: Kerlinger (Eds) **Investigación del Comportamiento. Técnicas y Metodología**. México. Editorial Interamericana. pp. 54.
25. **Mead, M. (1973). Adolescencia en Samoa**. Buenos Aires. Editorial Abril.

26. Monroy, Velasco de (1988). **Salud, Sexualidad y Adolescencia**. México. Editorial Pax-México.
27. Monroy, Velasco de (1980). **El educador y la Sexualidad Humana**. México. Editorial Pax-México.
28. Múss, Rolf E. (1969). **Teorías de la Adolescencia**. Buenos Aires. Editorial Paidós.
29. Nelson (1978). **Pediatría del Desarrollo**. En: Nelson y Vaughan (Eds). **Tratado de Pediatría**. México. Salvat Editores.
30. Núñez, R. (1979). **Aplicación del Inventario Multíaxial de la Personalidad a la Psicopatología**. México. Editorial El Manual Moderno S.A.
31. Organización Mundial de la Salud (1985). **La Salud del Adolescente y el joven en las Américas**. Publicación Científica de la Oficina Panamericana. Vol. 489 pp. 17-21.
32. Piaget, Jean (1985). En: Piaget, Jean (Eds): **Seis Estudios de Psicología**. México. Editorial Planeta.
33. Pick de Weiss, Susan, Aguilar Gil, J. Angel (1989). **Planeando tu Vida**. México. Editorial Pax-México.
34. Prado, Elena. S. Susheila, Wulf. (1980-82). **Adolescentes Hoy-Padres del Mañana**. Colombia.
35. Prieto, B. y Manriquez (1980). **Teoría Embarazo en Adolescentes Solteras Aspectos Sociales y Psicológicos**. Universidad Iberoamericana. México.
36. Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) (1988). **Adolescentes Embarazadas**. Revista de Información Científica y Tecnológica. Vol. 13 pp. 1-4.
37. Novak, E. y cols. (1980). En: Novak, E. (Eds): **Tratado de Ginecología**. México. Editorial Interamericana.
38. Rivera, J. Ofelia, (1981). **Interpretación del MMPI en Psicología Clínica, Laboral y Educativa**. México. Ed. Manual Moderno.

39. Rico, Alonso de (1989). **Madres Solteras Adolescentes**. Colombia. Editorial Colombia.
40. Taylor, S. (1979). **Modificaciones en el Organismo Materno**. En: Taylor, S. (Eds). **Obstetricia Básica**. México. Editorial Interamericana.
41. Urrutia, E. (1979). **Imágen y Realidad de la Mujer**. México. Secretaría de Educación Pública.
42. Valderrama, B. (1988). **Tesis Perfil Psicológico de Pacientes del INPer con un embarazo de curso normal**. UNAM. México.
43. Valenzuela, H. Rogelio (1975). **Divisiones de la Infancia. Crecimiento y Desarrollo**. En: Valenzuela, H. Rogelio (Eds): **Manual de Pediatría**. México. Editorial Interamericana.
44. Walfon (1988). **La Evolución Psicológica del Niño**. México. Editorial Grijalbo.