



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACALA

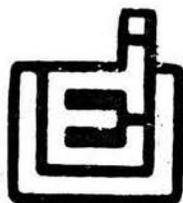
***ENCUESTA DESCRIPTIVA  
SOBRE SEXUALIDAD EN  
MADRES ADOLESCENTES  
MENORES DE 19 AÑOS***

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE:

***LICENCIADO EN PSICOLOGÍA***

PRESENTAN:

***JUAN EDUARDO ESCOBEDO DELGADILLO  
MOISÉS ARTURO OLEA ROMÁN***



ASESORA  
MTRA. OFELIA CONTRERAS GUTIÉRREZ

GENERACIÓN 90-93



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

Gracias a ti Señor por acompañarme  
y guiarme a lo largo de  
este camino y haberme  
permitido finalizar otra etapa  
más en mi vida

A mis padres:  
Juan Escobedo Iturbe y Maria Delgadillo Trejo  
Dedico esta tesis con todo respeto  
por brindarme apoyo, cariño, comprensión  
y paciencia en todo momento  
que me permitieron llevar a cabo  
mi formación profesional

A mis hermanos:  
Karina Diana y Mario  
Por su apoyo personal y profesional  
a lo largo de toda mi carrera

A mis asesoras:  
Ofelia Contreras  
Ma. Refugio Rios  
Yasmin de J. Arriaga  
Por su ayuda, conocimientos, paciencia e ideas  
a lo largo de la elaboración de la Tesis  
y que a su vez permitieron finalizarla

A todos los maestros:  
Desde Kinder hasta nivel Profesional,  
por todos sus conocimientos que me otorgaron

*A Ranferi y Verónica:  
por su paciencia, dedicación y excelente  
trabajo en la computadora*

*A todos  
mis amigos que han estado cerca de mí:  
Arturo, Lucrecia, Claudia, Katia  
y Lupita les doy las gracias*

*A todos Los Profesores y Amigos de La  
Generación 90-93 de Psicología Gracias.*

A mi mamá:  
Ma. Trinidad Román Sotelo  
a mi tía:  
Darcetalia Anellano Salgado  
y a mis hermanas Abel y Angélica  
por su apoyo económico  
y la paciencia que tuvieron  
para sostener mis estudios  
hasta este grado y por la  
confianza que depositaron en mí.

A mi papá:  
Moisés Arturo Olea Espinosa,  
que aunque ya no está conmigo,  
sé que estaría orgulloso de mí.

A mi sobrinita Inasema  
que, aunque de tres años,  
nos dejó realizar libremente  
la tesis sin que nos interrumpiera,  
a ella con mucho cariño,  
al igual que a mi nuevo sobrino: Abel.

A mi Billi,  
quien en vida fue mi mejor amigo  
y estuvo conmigo  
en casi toda mi vida escolar  
dejándome ya en la universidad,  
a él donde quiera que esté  
esta tesis le dedico.

A mis compañeros  
con los que formé equipos de trabajo,  
ya que junto con ellos  
logramos realizar labores escolares  
que sirvieron de base  
para nuestra formación,  
que no menciono aquí  
por no dejar fuera a alguno de ellos.

A mi muy estimado  
y buen amigo Ranferi  
y a su novia Vero,  
por su tiempo y apoyo técnico  
para llevar a cabo  
la elaboración de la presente,  
siendo esto una prueba  
de verdadera amistad.

A todos los maestros  
de kinder, primaria,  
secundaria, bachillerato  
y licenciatura,  
ya que cada uno de ellos  
con su tiempo,  
esfuerzo y dedicación  
colocó un cimiento  
que ayudó a la formación  
del que hoy les agradece.

A la Jefatura de Enseñanza  
del Hospital de Gineco Pediatría 3-A  
por las facilidades prestadas  
para llevar a cabo este trabajo  
dentro de esta institución.

A las Trabajadoras Sociales  
del Hospital de Gineco Pediatría 3-A  
por su valiosa colaboración,  
ya que con su ayuda  
y tiempo prestado fue posible  
la aplicación de esta investigación,  
mostrando así ser  
unas excelentes personas.

A Ofelia Contreras  
por haber aceptado tomar  
la asesoría de esta tesis  
al igual que a  
Ma. Refugio y Jasmín,  
y habernos guiado  
a dar buen término  
a la presente.  
Gracias

## I N D I C E

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES	4
Capítulo 2. MATERNIDAD ADOLESCENTE	16
2. Indices de maternidad adolescente en el mundo y en México	16
2.1 Causas (factores asociados) de la maternidad adolescente	18
2.2 Información con respecto a la anticoncepción	25
2.3 Consecuencias de la maternidad adolescente	32
2.4 Soluciones propuestas	37
Capítulo 3. REPORTE DE LA: ENCUESTA DESCRIPTIVA SOBRE SEXUALIDAD EN MADRES ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS	39
3.1 Metodología	39
3.1.1 Población	39
3.1.2 Escenario	39
3.1.3 Instrumentos	39

3.1.4 Procedimiento	40
3.2 Análisis de resultados	42
3.3 Conclusiones	68
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	79

En el presente estudio se tiene como objetivo analizar los factores y situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia. La población utilizada fueron 34 adolescentes menores de 19 años que acabaran de dar a luz en el Hospital de Gineco-Pediatría 3-A. Se aplicó un cuestionario con 40 preguntas, el cual se elaboró en base al utilizado por De Weiss et al. (1990). Los resultados mostraron que una escolaridad en promedio de nivel secundaria, deficiente comunicación con los padres sobre sexualidad, expectativas sin elaborar, no usar anticonceptivos y no conocerlos son los factores principales que facilitan el embarazo en la adolescencia por lo que es necesario una educación íntegra para disminuir el embarazo a esta edad.

En el período de la adolescencia se dan cambios notables en el individuo, ya que pasa por una transformación de niño a adolescente, en la cual se llevan a cabo cambios físicos y psicológicos, en donde la orientación que se tenga respecto a la sexualidad, dependerá de la forma en que el individuo ha adoptado y practique las normas que se generan en la estructura de la sociedad. Dichas estructuras son: la religión, la política, la familia, la escuela, etc.

La curiosidad en cuestiones sexuales impulsa, según Hurlock (1976), al adolescente a buscar información en cualquier parte, ya sea de padres, parientes, compañeros, libros, revistas, folletos y la escuela. Esto provoca que los jóvenes elaboren sus propias conclusiones lo cual recae en una confusión y desorientación, ya que distorsiona la realidad acerca de la sexualidad.

La llegada de un hijo en esta etapa traerá cambios substanciales en este desarrollo. La maternidad requiere de la combinación de destrezas, comprensión y entrega, lo que dista de que lo posean los adolescentes. El embarazo en la adolescencia causa consecuencias muy serias en sus proyectos futuros. Si la joven no está preparada para asumir su maternidad, tampoco tiene los medios económicos para solventar la crianza y educación del hijo.

Tomando en cuenta los puntos anteriores y de acuerdo a las estadísticas recientes del INEGI (1993), observamos que en México a pesar de que han aumentado el número de usuarios de los anticonceptivos (Anuario Estadístico, 1991), también se ha incrementado el número de jóvenes embarazadas, siendo esto de gran importancia en el crecimiento del país y de la buena información que deban tener los jóvenes para disminuir estos embarazos prematuros.

Para efectos de este estudio se trabajará solamente con población de mujeres adolescentes porque según las referencias revisadas (Brostein y Pérez, 1992, Winter y Nuss, 1978, etc.), observamos que son ellas en las que recae mayormente los problemas y consecuencias de un embarazo. Por lo que nuestro

objetivo es analizar los factores y situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia.

El presente trabajo se hallará bajo el enfoque medio ambiente interactivo ya que, de acuerdo con la bibliografía revisada (Austin, 1987; Hurlock, 1976; etc.), el adolescente a partir de la relación que establece con su medio ambiente (familiar, escolar, social, etc.) se determina la formación de sus creencias y actitudes en los campos de la sexualidad, religión, etc., por lo tanto es el marco teórico más adecuado al interés de esta investigación.

Por ello, el presente trabajo, se estructura de manera que permita una mayor comprensión sobre el tema de maternidad adolescente. En el primer capítulo se aborda el comportamiento sexual adolescente donde se abarca desde las características propias de la edad, primeras experiencias sexuales hasta los problemas más asociados a su actividad sexual.

— En lo que se refiere al segundo capítulo, se analizan las causas de la maternidad adolescente, también se trata el conocimiento que poseen los jóvenes con respecto a los anticonceptivos, tomando en cuenta las fuentes de información. Además las consecuencias que trae consigo la maternidad adolescente. Por último se incluyen algunas soluciones propuestas por otros autores.

En el tercer capítulo se encuentra la parte aplicada, tipo de población, escenario e instrumento utilizado, procedimiento seguido, análisis de resultados y conclusiones, las cuales indican que una baja escolaridad, deficiente comunicación en la familia (en especial con los padres) acerca de la sexualidad, expectativas no elaboradas, el no uso de anticonceptivos así como su desconocimiento de los mismos y de su propia anatomía son los principales factores que promueven el embarazo adolescente.

## CAPÍTULO 1

### COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

La adolescencia se define como un período de la vida y transformación que se registra entre los 10 y los 20 años (Rico de Alonso, 1986). Existe un gran conflicto interno y una constante evolución de una fase de desarrollo a otra.

Identificándose como un período de duelos y pérdidas: por el cuerpo y los roles de niños, los padres de infancia y las condiciones de dependencia y protección.

— Como seres en desarrollo, y muy en especial cuando se llega a la etapa adolescente en donde se crean nuevas características propias de la edad; siendo una de ellas la sexualidad (conducta sexual) en la cual el joven busca alguna forma de expresar o satisfacer éstas necesidades sexuales: como la masturbación (lo más frecuente); otra opción es mantener relaciones premaritales; el ir con una prostituta, pero que generalmente se da sólo en los hombres y la última opción mantener la castidad, es decir, no tener relaciones sexuales con la idea de tenerlas hasta el matrimonio (conservar la virginidad) (Brostein y Pérez, 1992).

En el caso de las mujeres cuando salen de sus hogares para trabajar o para estudiar, incrementan sus opciones para conocer a hombres de distintas edades,

por lo tanto, según Singh y Wulf (1991) aumentan las oportunidades de tener relaciones sexuales premaritales. La relevancia de la castidad en las adolescentes se ha ido perdiendo así como el control de los padres sobre los hijos se está disminuyendo.

Uno de los factores que influyen en el desarrollo posterior de la vida de una mujer es la edad en que se casa. Estudios indican que cuanto más joven se casa una mujer, más hijos llegará a tener.

En estadísticas norteamericanas, entre 1950 y 1970 la población estadounidense comprendida entre los 10 y 27 años pasó de 10 a 40 millones. La proporción de jóvenes que se casaron descendió del 16.1% en 1960 al 11.9% en 1970. (Trias de Bes, 1989).

Esto advierte que existe un creciente número de jóvenes que practican relaciones sexuales premaritales. Donde la relación sexual se define como la introducción, en la vagina femenina, del pene masculino en estado de erección (Preston y Margolin, 1986).

Asimismo se estima que en Estados Unidos, alrededor de 420,000 muchachas por debajo de los 15 años han cohabitado, y aunque estas cifras representan menos de 1/4 de la población femenina, el número de jóvenes sexualmente activos se incrementa constantemente.

Akhom y cols (1976, En Trias de Bes, 1989) hallaron que el 8.3% de los jóvenes entre 14 y 18 años que acudieron a una consulta de contracepción por

primera vez, practicaban relaciones sexuales desde hace un año o más antes de su visita.

Por otro lado, cuando los adolescentes deciden iniciar su vida sexual, se pone de manifiesto que no se define en primer lugar el mantenimiento de la misma con finalidad de procreación y vida marital, Marcelli y cols. (1986, En: Zetina, 1991) encuentran una diferencia entre sexos en relación a lo anterior, el 8% de los varones continúan con la misma compañera sexual, frente al 29% de las mujeres.

Aunado a esto, en el trabajo de Jessor y Jessor (1975, En: Lehalle, 1989) dice que las primeras experiencias sexuales de los adolescentes se inscriben en un complejo social de búsqueda de independencia y de diferenciación en relación al medio, que dicho contexto es preexistente a la realización de las primeras relaciones sexuales y que es más notorio entre las muchachas.

En una encuesta realizada en la Ciudad de México (480), en Morelia (60) y en Querétaro (60) entre los meses de octubre a diciembre de 1987 con el fin de conocer los intereses sexuales de los jóvenes, se encontró que, en cuanto al noviazgo, casi la mitad afirma la experiencia con más de cinco novias. Los jóvenes desocupados muestran ser los más prematuros en lo que puede considerarse el inicio de la expresión amorosa. Los más tardíos son los estudiantes. En un 62% de casos dicho noviazgo no rebasa el año, sobre todo en los menores de 20 años. En un 70% los entrevistados afirman haber tenido enamoramiento recíproco. Dentro de los entrevistados, los jóvenes trabajadores son los que hacen más planes para

casarse (Leñero, 1990). En relación al neomachismo juvenil se halló que casi la mitad se sienten "don juanes" al tener al mismo tiempo varias novias. En un 79% le permiten a la novia tener amigos, casi la mitad de ellos aceptan haber recurrido a la infidelidad en el noviazgo.

Por su parte Ehrmann (1959, En: Grinder, 1986) estudió el comportamiento premarital de aproximadamente mil jóvenes. En general "la expresión sexual de la mujer se relaciona profundamente con el estar enamorada y con la misma persona", mientras que la sexualidad masculina está asociada de manera más indirecta y menos exclusivamente con el romanticismo y con las relaciones íntimas.

Desde hace mucho, las jóvenes de clase media de Estados Unidos han pensado que el amor es prerrequisito para las relaciones sexuales. El ideal de la castidad se está cambiando por el de la fidelidad. Ahora parece que las muchachas entran en relaciones sexuales con menos culpabilidad y vergüenza o temor al embarazo porque confían en la responsabilidad de la pareja.

Según Schwartz y Merlen (1967, En: Grinder, 1986) las muchachas adolescentes consideran que es "natural" que los muchachos traten de "conseguir todo lo que puedan". Las muchachas dicen que es responsabilidad suya tanto satisfacer el deseo innato en el varón de la satisfacción sexual como cuidar que no se sobrepase. Las jóvenes reconocen que ellas tienen fuertes deseos sexuales, pero sólo ellas son capaces de ponerles límite racional. Afirman que los adolescentes son incapaces de medir las consecuencias negativas de dar rienda

suelta a sus impulsos sexuales en las citas, por lo que la naturaleza ha cargado todo el peso de la responsabilidad de procurar que las relaciones no pasen de ciertos límites sobre las jóvenes.

Kanin (1969, En: Grinder, 1986), por otra parte, informa que los varones suelen creer que la muchacha que se comporta provocativamente o que sale con gente de dinero viola las normas de comportamiento femenino. La muchacha que se comporta como "decente", será tratada como tal. La mujer de virtud fácil mediante sus indiscreciones ha asumido el rol de "fácil" y ha perdido su derecho de aceptar o rechazar pareja para lo sexual. El papel de "fácil" la coloca, en algunos grupos de varones, como propiedad pública. En este mismo estudio los entrevistados afirman, en un 64% de los casos, haber experimentado ya la relación. La mayoría de ellos a una edad entre 15 y 19 años. Quienes menos dicen haber iniciado el contacto sexual son los estudiantes, quienes más tempranamente la han iniciado reportan en su mayoría que con una amiga, la novia, y una desconocida, pero la califican de prostituta.

En otro estudio referente al mismo tema, Furell (1978, En: Lehalle, 1989) realizó una encuesta en jóvenes de 16 a 19 años, donde cada sujeto debía indicar a qué edad había tenido sus primeras relaciones sexuales. En sus resultados en el caso de los chicos, los sujetos de más edad tienen tendencia a situar más precozmente sus primeras experiencias sexuales.

En relación a lo anterior, De Weiss et al. (1990) refiere que el 16% de las adolescentes entre 12 y 19 años han tenido relaciones sexuales, y que la edad promedio del debut sexual de las adolescentes es 16.4 años, en el caso de los hombres es alrededor de los 15 años. La mayoría de los adolescentes empieza a tener relaciones sexuales después de los 17 años. La razón por la que tuvieron la primera relación sexual es generalmente por: "amor" (59.8%), seguida de porque "ambos querían" (15.1%), "porque estaba muy excitada y no me pude aguantar" (7.9%), porque "eso es lo que él esperaba de mí" tuvo un porcentaje de 5.7%, "para no sentirme sola" 2.2% y porque "no pude decir que no" 0.7%. Cuando se les pidió más detalles acerca de a qué se referían por "amor", las adolescentes explicaron sentir que carecían de amor, y por ello se dejaron llevar por este sentimiento, a la relación sexual.

Dentro de las causas más significativas en torno a su actividad sexual, se destaca que buscan en las relaciones sexuales un medio de apoyo y correspondencia emocional (Miller, 1986 En: Zetina, 1991) además experimentan soledad, aislamiento, pobre autoestima, carecen de confianza en sí mismas y de mayores aspiraciones (Dickens y Allison, 1986 En: Zetina, 1991).

Se tiene el caso de las chicas, quienes por escapar de la sociedad familiar, se enfrentan, según Cadena (1990), al dilema de aceptar la petición del chico, o arriesgarse a perderlo y continuar solas, en caso de llegar a tener una relación sexual, al consumarse ésta, se puede tener un deseo inconsciente de embarazo con

el consiguiente matrimonio, y así, a la vez que existe la posibilidad de abandonar el medio familiar opresor, creen hallar en el acto sexual una especie de liberación, incluso con compañeros hacia los que no experimentan atracción alguna. Otra causa puede ser sentir cierta adaptación al medio social. Una más es que algunos adolescentes sienten dificultad para expresar con palabras lo que sienten, y recurren al coito.

Respecto a la inducción de las relaciones sexuales por parte de los varones jóvenes, en una encuesta reportada por Leñero (1990) se halla que la mayoría alude a una manera "natural" de provocar el encuentro íntimo, a través de las caricias (91%), del baile y de la palabra halagadora (69%). En la mayoría se justifican la libertad sexual como conducta privada; las relaciones premaritales y extramaritales; el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes y el divorcio.

Entre las adolescentes es más frecuente encontrar relaciones sexuales únicas, es decir, con una sola pareja y como dice Hofmann (1984, En: Tolbert, 1994) que éstas son con menor frecuencia debido a que la falta de oportunidad y privacidad no se las permiten, y por lo regular independientemente de los niveles socioeconómicos en que vivan, no utilizan protección anticonceptiva o incluso que aún que cree que la mujer de hoy es más liberal, ignora como usarlos o no conoce el riesgo de mantener relaciones dice Morrison (1985, En:Tolbert, 1994).

El adolescente que vive su sexualidad con culpa sólo puede justificarse aduciendo que "sucumbió" a la pasión, que surgió algo "incontrolable": pero no lo

puede decir si planea, premedita o programa su sexualidad mediante el uso de anticonceptivos: si la joven se vale de algún medio, parece indicar que ha previsto tener una relación sexual, lo cual es difícil de justificar ante sí misma y ante los demás (Anílu, 1987).

Dentro de los problemas asociados a la sexualidad adolescente encontramos que la vida sexual premarital es la conducta que más conflicto crea, pues es el centro de los ataques sociales y es la causa de muchos problemas asociados a la sexualidad como los hijos ilegítimos, los abortos ilegales y la alta frecuencia de enfermedades venéreas. El punto central del conflicto está determinado por la actitud que una sociedad dada tiene ante el posible resultado de una relación sexual premarital, el embarazo.

Dickens y Allison (1986, En: Zetina, 1991) hacen mención de que a consecuencia de una mala orientación pueden surgir problemas como malentendidos, tabúes, actitudes de retraimiento a la vida sexual hasta el desarrollo de conductas socialmente inaceptables, por lo tanto con la mera información no se ve reflejada alguna respuesta a sus inquietudes, estas han sido analizadas por McCreary en 1986 (Zetina, 1991) las cuales van desde la decisión de lo correcto o incorrecto de tener relaciones sexuales, el uso o no uso de métodos de control natal, el temor a un embarazo no deseado, aborto, adopción, etc.

Brostein y Pérez (1992) dicen que en los últimos años la población adolescente ha crecido y que también el desarrollo biológico es cada vez más

temprano y esto aunado a la mayor libertad sexual motivado por "sexualismo" de nuestra época, crea el ambiente para que las adolescentes se embaracen; causando de este modo el rechazo y la inaceptación social de la misma que le ocasiona problemas tales como desadaptación al medio social, imposibilidad para lograr su independencia familiar y en ocasiones matrimonios intempestivos e inestables, condenados al fracaso y a un mayor número de divorcios.

También la curiosidad relativa a cuestiones sexuales impulsa al adolescente a buscar información en cualquier fuente. Algunos estudios han revelado que las fuentes de información corrientes son los padres, parientes, compañeros, libros, revistas, folletos, la escuela y el cine. Sin embargo, gran parte de su conocimiento proviene de rumores y cuentos obscenos. Los jóvenes que reciben su instrucción a través de fuentes sanas y confiables tales como maestros, médicos, libros y padres, no sólo poseen una información superior en calidad y en cantidad, sino que también se hallan más satisfechos con los conocimientos que poseen (Hurlock, 1976).

En la familia lo que más perturba la tranquilidad y su futuro son los problemas relacionados con la sexualidad de los jóvenes. En estos problemas se asocian y contradicen los principios tradicionales y la oposición contemporánea. Los padres son los principales educadores sexuales y este papel lo cumplen aún sin proponérselo. Enseñan sexo desde el primer día con el bebé, desde el primer contacto. La mayor parte de la educación ya está dada por la familia antes de que

los chicos vayan a la escuela.

Michaux (1977) dice que para los padres, la sexualidad de los jóvenes es una gran preocupación. Anteriormente, muchos padres no querían saber nada de los problemas sexuales de los adolescentes. Estos debían ignorarlo todo acerca de la sexualidad, lectura y conversaciones eran vigiladas. No era extraño que los jóvenes ignoraran el embarazo de su madre o de su hermana mayor, y creyeran o fingieran creer en la cigüeña. Los muchachos llegaban al matrimonio sin experiencia y sin el conocimiento elemental de la sexualidad.

Por otra parte, las jovencitas obtienen la mayor parte de su conocimiento inicial sobre las cuestiones sexuales de parte de sus padres, mientras que la principal información de los varones proviene de sus compañeros, la calle y los cuentos obscenos. Cuando la instrucción sexual, se proporciona en el hogar proviene más a menudo de la madre que del padre en el caso de las jóvenes, y del padre más frecuente que de la madre en los varones (Hurlock, 1976). Además muchos adolescentes creen que sus padres deben asumir la responsabilidad de su instrucción sexual, pero con frecuencia opinan que la información recibida es insuficiente.

El motivo de esto es que los progenitores se hallan propensos a informarlos con cierta inhibición y semivergüenza que perturba al adolescente.

Para Kilby (1988) con frecuencia los padres no tienen información adecuada con la cual educar a sus hijos. La mayoría sabe poco respecto a la fisiología

humana. En esos casos, la responsabilidad de educar a sus hijos debe delegarse a consejeros, maestros y médicos con capacitación especial. El consejo sexual debe incluir educación sobre los hechos; los consejeros deberán asesorar a la adolescente para que se dé ayuda a sí misma con objeto de decidir cuándo está lista para la intimidad sexual y preparada para asumir la responsabilidad de su conducta en ese plano. Los jóvenes tienen derecho a información objetiva y libre de prejuicios; también debe instruírseles respecto a qué es una conducta sexual aceptable y responsable.

La tarea del consejero y maestro en educación sexual inicia donde la de los padres concluye. Es necesario que los padres se hagan conscientes de lo importante que es un consejo para sus hijos. Los adolescentes que han recibido alguna orientación de sus padres respecto a la concepción son más aptos para llevarla a la práctica.

Sin embargo, uno de los miedos que tradicionalmente aparece en los padres cuando piensan dar información sobre sexualidad a sus hijos adolescentes, es que esto incremente o promueva una vida sexual activa en ellos (tema de anticonceptivos). Tienden a pensar que si los adolescentes saben de la existencia de anticonceptivos dejan de temer el embarazo (Caldiz, 1985). Asimismo la información explícita con respecto al sexo no corrompe ni a los niños pequeños. Al contrario, despeja fantasías y otorga confianza a los padres, si son ellos quienes la dan o la permiten. La sexualidad no puede ser evitada y no es tan solo: coito o

relaciones sexuales, esta relacionada con la identidad de cada uno de nosotros y con el contacto con los demás.

Tomando en cuenta lo anterior se observa que la maduración sexual del adolescente constituye un conjunto muy complejo de necesidades, adaptaciones, dificultades, problemas, que interesa a la actividad intelectual, la socialización, las motivaciones morales y la afectividad. Es natural que el adolescente reaccione al sexo según la manera como los fenómenos sexuales se vean considerados y tratados en los ambientes de su experiencia, empezando por su familia que muchas veces influyen para que las adolescentes resulten embarazadas.

## CAPÍTULO 2

### MATERNIDAD ADOLESCENTE

#### 2. Índices de maternidad adolescente en el mundo y en México.

La mujer joven embarazada la mayoría de las veces es madre soltera y no tiene protección del Estado, y a veces no cuenta con el dinero suficiente para ni siquiera pagar una atención en alguna clínica de salubridad y asistencia (Montaño, 1983).

La mujer tiene la gran responsabilidad de dar a luz a un niño normal, si la mujer embarazada no tiene los medios suficientes y necesarios para salir adelante, lo más probable es que tenga un niño con muchas carencias en su contra.

Para la adolescente, un embarazo representa una barrera, tanto personal como económica. La maternidad en edades tempranas se asocia con abandono escolar, bajos ingresos familiares futuros y familias numerosas.

Los índices de embarazo en adolescentes varían enormemente en el mundo, registrándose las tasas más altas en aquellos países y sectores sociales que aceptan y estimulan la temprana nupcialidad, y en donde no se reconoce el embarazo en esta etapa de la vida como un problema.

En 1986, dice Anilú (1987), una de cada 10 adolescentes norteamericanas se embaraza y la mitad de esos embarazos llega a término.

Entre 1987 y 1989 las tasas de fecundidad (es decir, el número anual de nacimiento por mil mujeres de 15 a 19 años) se encontraba desde un mínimo de 23 por mil en Canadá, hasta un máximo de 137 por 1000 adolescentes en el Salvador y 139 por mil en Guatemala. En Estados Unidos la tasa es de 51 por mil, cuatro países Brasil, Colombia, Perú y Trinidad y Tobago tienen semejantes porcentajes de fecundidad entre los jóvenes (entre 78 y 84 por mil), en tanto la República Dominicana, Ecuador y México son un poco más elevadas (entre 91 y 104 por mil).

En una serie de datos estadísticos aportados por el INEGI (1993) se halla que en 1990, del total de mujeres (de la población total del país) de 15 a 29 años, las que declararon haber tenido hijos nacidos vivos fueron 4.9 millones, lo que significa que cada 100 mujeres jóvenes, 40 han tenido hijos nacidos vivos; de éstos, el 66.8% tuvieron de 1 a 2 hijos; 26% de 3 a 4 hijos, y 5.7% de 5 a 6 hijos.

La siguiente tabla nos muestra el promedio de hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 29 años por grupos de edad en 1970 a 1990 ( INEGI, 1993).

Edad	1970	1990
	Promedio de hijos nacidos vivos	Promedio de hijos nacidos vivos
Total	1.6	0.9
15-29	0.2	0.1
20-24	1.4	0.9
25-29	3.1	2.0

En otra tabla (INEGI, 1993) se observa a la población femenina de 15 a 29 años por número de hijos nacidos vivos según grupos quinquenales de edad en 1990.

No. de hijos nacidos vivos	Población fem. de 15 a 29 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
Total	12,349,463	4,904,511	4,091,035	3,353,917
Sin hijos	6,161,155	3,657,360	1,806,999	2,696,796
Con hijos	4,945,779	511,642	1,940,964	2,493,173
de 1 a 2	3,305,992	482,159	1,497,199	1,326,634
de 3 a 4	1,286,386	23,115	386,968	876,303
de 5 a 6	283,735	4,192	44,950	234,593
de 7 a 8	55,250	2,176	7,859	45,215
de 9 a 10	10,430		2,817	7,613
de 11 o más	3,986		1,171	2,815

Con estas estadísticas podemos ver que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno que se incrementa cada vez más en las diferentes sociedades contemporáneas, siendo ya analizado desde distintas perspectivas: demográficas, sociológicas, médicas, psicológicas, etc; se determina obviamente como consecuencia de una actividad sexual, misma que se ha venido modificando a través de los años (Zetina, 1991).

### 2.1 Causas (factores asociados) a la maternidad adolescente.

Papalia (1990) cita algunos hallazgos recientes en donde se revela que las jóvenes están en riesgo de embarazo particularmente durante los pocos meses iniciales en que comienza a tener relaciones sexuales, dándose la mitad de los primeros

embarazos premaritales adolescentes en los seis meses iniciales y uno de cada cinco durante el primer mes después de comenzar a tener relaciones sexuales.

Para poder explicar este tipo de embarazo, Brostein y Pérez (1992) consideran la influencia de factores externos e internos:

a) Factores externos.

Los factores externos se consideran como la deficiente y negativa educación sexual que reciben los adolescentes, en donde los jóvenes desconocen su anatomía y fisiología sexuales por lo que desconocen también cómo pueden acontecer un embarazo y por consiguiente ignoran la forma de uso de los métodos anticonceptivos.

Dentro de estos mismos factores externos, Rico de Alonso (1986) indica en sus estudios que la problemática familiar relacionada con el embarazo de las adolescentes solteras se particulariza en:

- conflictos familiares, vivencia intrafamiliar e incomunicación, desafecto y autoritarismo. Esto genera una necesidad de afecto que busca canalizar en la relación de pareja.
- ausencia o carencia de uno o de ambos progenitores. Para su madurez satisfactoria 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 puesto. El embarazo no-nupcial 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.

- los tabúes sociales frente al sexo, la baja escolaridad de los padres y la ambigüedad de éstos en relación con los procesos biológicos, producen niveles mínimos de comunicación e incapacidad para abordar la educación sexual de los hijos.

Carlson y Bermúdez (Rico de Alonso, 1986) hallaron una alta presencia de hijas únicas, en la población de madres adolescentes. Tal vez la falta de hermanos produce una mayor sobreprotección parental y dificulta el aprendizaje de relaciones de competencia y solidaridad que origina que el adolescente acepte figuras de liderazgo no-parental. La sobreprotección podría agudizar la necesidad de independencia y autoafirmación, encontrando en la relación sexual e incluso en la conducta reproductiva, la validación de su rol adulto.

Por su parte Davis (1989, en Zetina, 1991) menciona que entre los factores sociales que determina el embarazo entre las adolescentes se encuentran los hogares incompletos, es decir, familias con un solo progenitor, aumentando también el índice de mujeres que trabajan fuera del hogar, lo que ha permitido a las adolescentes experimentar la función de madres solteras, divorciadas o separadas, resulta a su vez que las ventajas económicas, la desolación y la desesperanza

acompañan al embarazo precoz, crianza de los hijos y el desarrollo de actitudes más pesimistas sobre la importancia del matrimonio, la familia y la profesión.

Dickens y Allison (1986, En: Zetina, 1991) señalan que otro de los factores importantes que influyen en el embarazo en la adolescencia es la escasa comunicación que existe en su familia, sobre todo en lo que concierne a la sexualidad; la joven experimenta cambios, busca con quien compartir inquietudes y el hogar es en donde no encuentra una adecuada orientación ni apoyo; los padres son resistentes a la aceptación de los cambios en sus hijos adolescentes.

Además Castillo y cols (1988, En Zetina, 1991) señala que las adolescentes pertenecientes a los grupos antes mencionados, desde su infancia carecen de afecto, experimentan abandono, en ocasiones asumen el papel de aceptación temporal de un nuevo jefe de familia, es probable que ayuden a su madre con el cuidado de sus hermanos, desempeñando así un rol materno asignado indirectamente; no existe tiempo para la comunicación con su madre , en cambio recibe la influencia de los medios masivos de comunicación con un trasfondo erótico, desplazando su atención hacia la búsqueda de satisfacciones emocionales.

Strasburgen (1989, En Zetina, 1991) también coincide con lo anterior al hacer mención que se ejerce gran influencia con contenido erótico en la información que proporciona la televisión, radio, videos musicales, literatura, etc; encontrando que los niños y adolescentes son los principales aceptadores de la televisión.

Aunque también, como dice Tolbert (1994), el grupo social o amistades, la religión y las características del compañero se pueden ver como influencias externas que pueden o no tener efecto en ella, dependen del grupo social al que pertenezca.

b) Factores internos.

Los factores internos se consideran los psicológicos, los cuales, según Brostein y Pérez (Op. cit), pueden asentarse en actitudes transmitidas por los padres, maestros y la sociedad en general desde el nacimiento. Algunos de estos factores inculcados y que propician o justifican el embarazo son:

- la idea de que la sexualidad está encaminada a la reproducción y por lo tanto se busca el embarazo para justificar la actividad y no sentir que se fornicia.
- pensar que la actividad sexual de esa forma es mala y por lo tanto el quedar embarazada es el castigo.
- el embarazo como una expresión de rebeldía y hostilidad hacia los padres en el intento de buscar su independencia y el querer ser tomado como adulto.
- el embarazo como instrumento para obligar al padre a casarse con ella y de este modo dejar su casa como una solución a los problemas personales.
- la siempre renuencia a utilizar los métodos anticonceptivos.

Entre estos mismos factores psicológicos De Weiss et al. (1990), y concordando con lo anterior, nos señala:

- el miedo a estar solo (a)
- la carencia de afecto.
- la necesidad de reafirmarse como mujeres o como hombres.
- relación y comunicación inadecuada con los padres.
- la búsqueda de independencia.
- la curiosidad sexual.
- presencia de embarazos premaritales en hermanos y en la madre.

Rico de Alonso (Op. cit) por su parte marca los siguientes factores internos, complementando los anteriores:

- la menarca precoz se asocia con una mayor probabilidad de concebir a través de todo el período fértil.
- existe una necesidad de adquirir identidad adulta y de los roles adultos el más fácil de desempeñar para los jóvenes es la práctica sexual.
- la inestabilidad, el carácter esporádico de las relaciones y el miedo a los efectos secundarios de los anticonceptivos se refuerza negativamente con la deficiente educación sexual dada por los padres, escuelas, etc.
- ego débil.
- sentimientos de soledad por desprotección y desafecto.

- baja autoestima.
- mala salud mental.
- carencia de metas futuras distintas o complementarias de la maternidad.
- los enamoramientos intensos e irracionales unidos al deseo inconsciente de tener un hijo para cumplir con su predeterminación.

c) Otros factores.

Klein y Chapela (1994) incluyen los dos tipos de factores (externos e internos) en cinco puntos:

- 1) cambio de valores morales.
- 2) factores económicos.
- 3) falta de información adecuada sobre la reproducción, información errónea de anticonceptivos.
- 4) menarca y actividad sexual precoces.
- 5) accesos a servicios de anticoncepción.

Lincoln y cols (1976, en Trias de Bes, 1989) refiere las siguientes etiologías para justificar el embarazo antes de los 20 años, según una encuesta: el 40% consideraron que no podían quedar embarazadas en el momento del coito. El 31% creyeron que las posibilidades de gestación eran bajas. Un 30% de jóvenes adujeron la dificultad de obtención de contraceptivos como la causa de su embarazo. El 12.5 % refirieron razones médicas o morales para no usar

anticonceptivos, un 6.5% deseaban el embarazo, y un 24% no usaron métodos anticonceptivos porque temían que interfirieran con el placer sexual.

Argumentos como conflictos sexuales latentes, deseo autopunitivo por considerar la relación sexual como "precaminosa", hostilidad hacia el compañero o desmitificación del padre o la autoridad escolar simplemente deseo de "justificar" su personalidad, han aducido como condicionantes al no empleo de anticonceptivos.

Hoy día, dice González (1992), los siguientes factores influyen en los adolescentes:

a) más adolescentes tienen familias en las cuales la madre trabaja para el hogar.

b) se observan distintos modelos de estructura laboral familiar.

c) se advierten distintos roles domésticos y de status de la mujer.

d) las relaciones familiares hombre-mujer tienden a igualarse.

e) hay mayor independencia de la mujer frente a su relación de pareja.

## 2.2 Información con respecto a la anticoncepción.

Así, como se ha visto, uno de los factores que facilitan el embarazo en adolescentes es el desconocimiento sobre anticonceptivos, por lo que los adolescentes, como dice De Weiss (1990), son bombardeados por los medios masivos de comunicación que proyectan a la sexualidad como algo excitante y libre de consecuencias,

además de que existe la creencia de que los métodos anticonceptivos son causantes de enfermedades se basa en datos parciales o características especiales de los sujetos afectados.

Tolbert (1994) señala que estudios sobre este tema del por qué las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos se han encontrado las siguientes razones:

- creer que no se podían embarazar por la edad o por la frecuencia de las relaciones sexuales.
- no haber planeado el tener relaciones sexuales.
- tener la idea de que quita lo romántico de la relación el usar anticonceptivos.
- creer que el usar métodos anticonceptivos "otros" se van a dar cuenta de que mantienen relaciones sexuales.
- aversión a utilizar los métodos anticonceptivos por el miedo a aceptar que son sexualmente activos.
- querer embarazarse.

El embarazo entre las jóvenes generalmente es el resultado de no usar anticonceptivos ya que, en una encuesta de Papalia (1990), 4 de cada 5 afirmaron que tenían relaciones sexuales sin usar medio alguno de control natal. Entre éstas,

7 de cada 10 dijeron que no usaban anticonceptivos porque pensaban que no quedarían embarazadas. Algunas ignoraban lo relacionado con la reproducción, pensando que no concebirían porque eran demasiado jóvenes; porque su actividad sexual no era frecuente o porque estaban en el ciclo del mes en que esto no podía pasar. La segunda razón más importante para no usar anticonceptivos, es la no disponibilidad de los mismos para los adolescentes. Aproximadamente 3 de cada 10 chicas dijeron que no sabían donde conseguirlos, pensaban que eran muy costosos, no tenían uno disponible en el momento de la relación o no sabían de ellos. Algunas jóvenes ignoraban cuáles serían los métodos más efectivos, algunos temían que sus padres se los encontrarán. Otras más consideraban que eso era responsabilidad de sus compañeros.

Por su parte Zelnick y Kahtner en 1976 (Kilby, 1988) informan las siguientes razones para el no uso en adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años de edad:

- no esperaban llegar a tener coito 43%
- deseaban usar algo pero las circunstancias no se los permitió 10.1%
- hubo objeciones por parte de la pareja 9.3%
- creyeron que era erróneo o peligroso usar anticoncepción 12.5%
- no tenían información respecto a la anticoncepción o dónde conseguirla 3.5%
- la anticoncepción era demasiado difícil de practicar o el sexo no era tan satisfactorio con la misma 7.1%

Muchas adolescentes que establecen relaciones íntimas con miembros del sexo opuesto no parecen reconocer a la anticoncepción como un factor importante en el funcionamiento sexual sano.

Zelnick y Kantner en 1976 (Kilby, *Ibid.*) además afirman que del 4% de jóvenes que tuvo coito sólo una vez no deseaba embarazarse, 65% creyó que debido a que el coito ocurrió durante un momento "seguro" del mes, y que no podían quedar embarazada. En consecuencia parece ser que la información equivocada, acompañada de una conducta impulsiva, hace fracasar la práctica de la anticoncepción.

En un estudio realizado por De Weiss (1988) encontró que de las adolescentes que habían tenido relaciones sexuales, el 38.1% hizo algo la primera vez para evitar embarazarse. El método que más usaron en su primera relación sexual fue el ritmo (26.4%), seguido por el condón (22.6%), los óvulos (18.9%), la píldora (16.9%) el coito interrumpido (11.3%) y la espuma (3.8%). El 60.3% de las adolescentes que evitaron el embarazo en su primera relación sexual afirmó que alguien más la había ayudado a conseguir el anticonceptivo; en el 75% de los casos había sido su pareja, y en 12.5% su mamá. Con respecto al lugar en donde obtuvieron los anticonceptivos: el 9% afirmó fue en una clínica o en un hospital; el 60.6% en una farmacia; el 6% se los había dado una amiga o algún pariente, y el 15.5% no se acordaba. Las razones por las que la primera vez no hicieron nada para evitar el embarazo fueron: por lo imprevisto de la relación (46.3%); porque ella

quería embarazarse (19.5%); por falta de conocimiento (7.3%); porque no querían usar anticonceptivos (7.3%) y porque él quería que se embarazara (4.8%).

Sobre el conocimiento y opinión de los métodos anticonceptivos Leñero (1990) encontró que la mayoría asegura no haber usado métodos anticonceptivos (61%). De los que si lo han hecho, sólo un 12% dice haberlo practicado siempre que han tenido relaciones sexuales con su pareja. Los demás sólo a veces.

El ritmo y el retiro son los recursos de unos (23% entre quienes dicen haber usado alguno); el condón, la práctica de otros (29%); así como las pastillas (16%), las espumas y los lavados (14%), los métodos más recurridos por algunos de sus compañeros.

El método mayormente aceptado por parte de los jóvenes varones, es el ritmo (82%), después el lavado, el dispositivo y las espumas (70%). Las inyecciones y las pastillas (para ellas) giran en un 65%. El condón apenas si se acepta en un 56%. De los entrevistados que usan el condón el 63%, lo consideran útil contra enfermedades posibles (83%), incluyendo el SIDA (78%); pero solo la mitad de ellos lo creen adecuado para usarlo con la novia, y lo califican de molesto; en cambio, sí lo consideran adecuado para usarlo con las prostitutas (72%).

Además lo que predomina en las respuestas es que la cuestión de los anticonceptivos es más bien "cosa de mujeres", según la expresión de la mitad de los encuestados. También no saben dónde adquirirlos y dicen no los requieren mayormente, pues el riesgo de embarazo debe estar controlado por ellas.

En las encuestas Demográficas y de Salud (EDS) señaladas por Singh y Wulf (1991), a todas las mujeres en edad de procreación (15-49 años) se les cuestionó acerca de qué conocimientos tenían sobre métodos anticonceptivos. Se encontró en América Latina, los países que tienen más conocimientos son: Brasil, Colombia, México y Trinidad y Tobago; los más limitados fueron en Guatemala.

La píldora es el método mejor conocido entre las jóvenes de cada país. Casi todas las adolescentes en Brasil, Colombia, Estados Unidos y República Dominicana conocen dicho anticonceptivo. En cambio en Guatemala, menos de la mitad conocían la píldora.

Casi todas las adolescentes en los Estados Unidos y el 85% de las jóvenes en Trinidad y Tobago conocen el condón, es menos conocido en Brasil, Colombia, República Dominicana, El Salvador y México (entre el 50 y el 68%) y mucho menos conocido en Ecuador, Guatemala y Perú (entre el 25 y el 31%).

Las dos terceras partes de las adolescentes en Colombia, República Dominicana y México conocen el DIU, pero es menos conocido en Brasil, El Salvador, Trinidad y Tobago, Ecuador y Perú (entre el 49 y 59%). Sólo el 45% de las adolescentes en los Estados Unidos conocen el DIU.

Los métodos vaginales (espermaticidas) son más conocidos en Colombia, México, trinidad y Tobago y los Estados Unidos (entre el 42 y el 76%). En los demás países, a lo más de tres de cada 10 adolescentes han oído hablar de los mismos.

En estadísticas recientes del Anuario Estadístico (1991) se hallan las siguientes cifras respecto de las usuarias de método anticonceptivo en el D.F.:

Nuevas usuarias de planificación familiar por método anticonceptivo.

Entidad Total	MÉTODO ANTICONCEPTIVO					
	Quirúrgico	DIU	Pastillas	Inyecciones	Condón	Otros
D.F. 52,230	1,001	24,808	12,117	8,314	5,339	651

Usuarias activas de planificación familiar por método anticonceptivo

Entidad Total	MÉTODO ANTICONCEPTIVO					
	Quirúrgico	DIU	Pastillas	Inyecciones	Condón	Otros
D.F. 52,161	34,355	22,576	12,646	3,912	3,916	286

Según dichas estadísticas, a pesar de que el número de usuarias de planificación familiar por método anticonceptivo se ha incrementado en los últimos años, también ha aumentado el número de adolescentes embarazadas.

### 2.3 Consecuencias de maternidad adolescente.

#### a) Para la salud.

Los riesgos para la salud de las madres entre 15 y 19 años ya sea por complicaciones o decesos son 35% más altos que para las mujeres adultas (Zetina, 1991).

De igual importancia es considerar el riesgo de tener bebés más pequeños que lo normal para la edad gestacional, relacionándose esto con la poca edad de las madres, retardo en el crecimiento fetal uterino, infecciones congénitas y prematuridad.

Otros riesgos señalados por Rico de Alonso (1986) son que hay mayor incidencia de hemorragias, anemias, toxemias, eclampsia, pérdida fetal, prematuridad, aborto espontáneo, partos complicados, cesárea.

Aunado a lo anterior las adolescentes menores de 16 años tienen pocas posibilidades de que sus hijos nazcan bien (partos prematuros, peso insuficiente) porque no ha llegado a una completa madurez reproductiva (Singh y Wulf, 1991). Además sufren de complicaciones durante el embarazo como la anemia e infecciones urinarias y casi nunca reciben atención prenatal.

## b) Sociales

En la familia, la primera reacción de los padres, hermanos y parientes ante un embarazo en la adolescente siempre es negativa, ya que es arrojada del hogar, es agredida verbal y/o físicamente, recluida y encerrada para evitar la vergüenza y la deshonra. La joven siente un rechazo de parientes, amigos, vecinos que luego se traduce en una forma de discriminación hacia el hijo (Rico de Alonso Op. cit.).

A lo anterior De Weiss (1990) nos dice que por el rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y de la sociedad en general, se originan sentimientos de minusvalía y de baja autoestima por parte de la adolescente. Así como también los padres que ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante la situación y se culpan mutuamente, lo proyectan a la adolescente a través de reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico.

La reacción familiar ante una joven embarazada no es menor crítica, en primera instancia constituye una amenaza a la estructura familiar, se cataloga como vergonzoso, hay frustraciones e ira, además de constituir un atentado en contra de la economía familiar; se tiene también una falsa expectativa de que con el embarazo la joven sea más responsable, por lo general la joven continúa en su hogar siendo la madre, los abuelos o cualquier otra persona quienes tomen las decisiones respecto del cuidado de los niños, pasando la joven a un plano de madre-hermana de su propio hijo, modificándose así e inclusive bloqueándose la expectativa de la joven hacia su futuro inmediato.

El Dr. Pablo García Rodríguez (Hernández, 1988) dice que en nuestro medio la familia repudia a la mujer embarazada fuera del matrimonio porque constituye una falta grave y una afrenta para toda la familia, cuyo "honor" depositado en los genitales de la hija, se siente mancillado.

En la mayoría de las familias cuando la hija soltera de la noticia, los padres reaccionan con:

- insulto 26%
- mal primero y luego la apoyaron 18%
- furia 14%
- la echaron de la casa 1%
- indiferentes 8%
- supieron después del parto 8%
- estupor, vergüenza 6%

En cuanto a la relación de pareja, la prematura formación de esta y la llegada de un hijo pueden ser factores para impedir el desarrollo de una identidad e individualización apropiadas (Arcelus, 1994). Además hay dificultades en la integración de una hija afectiva por no haber tenido la oportunidad de pasar por una serie de procesos que ayudan a la consolidación de la relación. El sentido de identidad de pareja se ve coartado por el recién nacido y por la dificultad de establecer límites con las familias de origen. Por lo regular viven con alguna de sus

familias, con lo que dificulta que la nueva pareja tenga intimidad y un mayor conocimiento mutuo. Los familiares intervienen en sus relaciones, con los que crean divisiones entre ellos y propician una adecuada relación de pareja.

\* González (1992) menciona que con frecuencia la pareja sufre de conflictos difíciles de manejar y resolver. Se llega al matrimonio forzado, o a la maternidad soltera.

El embarazo en adolescentes afecta el acceso a la enseñanza formal básica, ya que es causa de deserción escolar en los distintos niveles. La dificultad para retomar su instrucción primaria o secundaria se incrementa con el paso de los años y el aumento de responsabilidades en relación al hijo y al núcleo familiar. Estas jóvenes tienen serias dificultades para ingresar al mercado de trabajo. Esto trae como consecuencia una disminución en las oportunidades para lograr una mejor calidad de vida, ya que han pasado a un estado de marginación social (Corona, 1985).

A lo anterior, Rico de Alfonso (1986) señala que en lo económico se ven obligadas a trabajos de baja remuneración y mínimo status, jornadas excesivas, formas inestables e irregulares de contratación, imposibilidad de conseguir empleo estando embarazada, desprotección total para hacer frente al embarazo por despido, condiciones de dependencia del compañero para sobrevivir y riesgos de un nuevo embarazo.

Hernández (Op. cit.) complementa este punto diciendo que existe desempleo o subempleo por baja capacitación laboral, y dificultad para obtener la misma ya sea por carencia de recursos humanos o por falta de tiempo.

#### \* c) Psicológicos

En el aspecto psicológico suelen presentarse diversos síntomas de crisis, como el rechazo, la hostilidad, la desconfianza, el sentimiento de culpa excesivo, la depresión, sentimientos generalizados de incapacidad y fracaso. Asimismo desconfianza hacia los hombres, miedo a la sexualidad y frigidez, baja autoestima, sentimiento de odio y hostilidad hacia el padre del hijo.

Las adolescentes en las que se tiene como consecuencia una complicación durante el embarazo y nacimiento de niños prematuros, determina la buena o mala aceptación de su maternidad en la crianza, repercutiendo directamente en el desarrollo normal de los niños que debido a su condición pueden presentar cierto retraso en su desarrollo (Field, 1980; En Zetina, 1991).

Por lo general las jóvenes saben muy poco sobre desarrollo infantil, lo que limitaría en gran medida la estimulación necesaria para el niño, tanto física como afectiva, que se agudizan si consideramos que se trata de embarazos no deseados, en un período de desarrollo muy crítico.

Es también determinante para la aceptación de su papel materno, el que el padre se involucre en la crianza del bebé y que la familia apoye este papel (Lamby

y Elster, 1985; En: Zetina, 1991).

Las implicaciones para el hijo son:

- riesgos de salud
- rechazo social y familiar
- sentido de ilegitimidad
- desconocimiento del padre o presentación de una figura negativa de un padre que los abandonó que no los quiere
- sobreprotección materna o lo contrario: abandono, violencia, agresión
- dependencia de los abuelos
- escases o insuficiencia de recursos económicos y bajos niveles de vida.

#### 2.4 Soluciones Propuestas

Por lo anterior es necesario proporcionar a las adolescentes, según Corona (1985), información amplia y fidedigna sobre la sexualidad, proporcionar los servicios básicos de salud a las jóvenes.

Además de que los programas de educación sexual preventivos deben estar encaminados a considerar la manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja para que la vida sexual de los jóvenes sea más saludable y responsable.

La educación apropiada, si no desalienta encuentros sexuales en adolescentes, por lo menos disminuiría las probabilidades de embarazos no deseados o de enfermedades transmitidas por contacto sexual. Los programas educacionales, dice Kilby (1988), pueden retrasar los encuentros sexuales prematuros al hacer hincapié en el momento oportuno para el coito y en las condiciones favorables, conductas aceptables y responsabilidad.

Unas soluciones que propone Trías de Bes (1989) serían: la divulgación a nivel escolar de programas sobre salud incluyendo anticoncepción y en su día el aborto debería crearse la infraestructura sanitaria que permitiera el desarrollo de un plan anticonceptivo nacional, en que se previera la formación de especialistas en contracepción juvenil, constituyendo unidades de consulta ajenas a los centros de anticoncepción.



**CAPÍTULO 3**  
U.N.A.M. CAMPUS  
IZTÁCALA

**REPORTE DE LA APLICACIÓN DE LA:  
ENCUESTA DESCRIPTIVA SOBRE SEXUALIDAD EN MADRES  
ADOLESCENTES MENORES DE 19 AÑOS**

**3.1 METODOLOGÍA**

IZT.

**3.1.1 Población**

Se emplearon 34 adolescentes de sexo femenino menores de 19 años que acabaran de dar a luz, captadas durante el mes de noviembre y diciembre de 1994, en el Hospital de Gineco-Pediatría 3-A del I.M.S.S.

**3.1.2 Escenario**

Área de Hospitalización Adultas del primer piso del Hospital de Gineco-Pediatría 3-A del I.M.S.S.

**3.1.3 Instrumentos**

Se utilizó un cuestionario de opción múltiple que constó de 40 preguntas, el cual se elaboró en base al cuestionario de De Weiss et. al (1990) y a tres piloteos

realizados a 40 adolescentes y lápices.

#### 3.1.4 Procedimiento

Constó de cinco fases:

##### FASE 1:

Se pidió permiso en la Jefatura de Enseñanza del Hospital de Gineco-Pediatria 3-A para poder aplicar cuestionarios (ver anexo) a todas las adolescentes que hubieren dado a luz en el área de Hospitalización Adultas. Explicando que la finalidad de dicha aplicación de cuestionarios era para detectar los factores y situaciones facilitadoras del embarazo en la adolescencia, además de ser trabajo de tesis. Argumentando que todos los cuestionarios se iban a utilizar de manera confidencial y estadística y de no obligar a las pacientes a responder el cuestionario, dándoles el tiempo que ellas requirieran para contestar el mismo sin presionarlas de alguna forma.

##### FASE 2:

Concedido el permiso se procedió a la aplicación del cuestionario a las adolescentes del siguiente modo: se les pidió de favor a las trabajadoras sociales, encargadas del área de Hospitalización Adultas, que canalizaran a todas las adolescentes que acabaran de dar a luz para poderles aplicar el cuestionario.

**FASE 3:**

A las adolescentes que fueron canalizadas por las trabajadoras sociales se les aplicó el cuestionario con las siguientes indicaciones: \*Buenos días, estamos realizando un estudio acerca de la planificación familiar y venimos a ver si nos puede contestar uno\*.

**FASE 4:**

Una vez aplicados los cuestionarios en el tiempo establecido (dos meses), se procedió a vaciar los datos obtenidos en los cuestionarios para poder sacar los respectivos porcentajes de cada pregunta de todos los cuestionarios.

**FASE 5:**

Se analizaron los porcentajes obtenidos.

### 3.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para el análisis de resultados, éstos se presentan en dos partes: 1) Análisis descriptivo de los datos demográficos y 2) Análisis de la encuesta sobre sexualidad en los adolescentes, misma que fue dividida en cinco áreas: a) conocimientos sobre sexualidad humana y anticonceptivos, b) fuentes de información, c) relación sexual con su pareja, d) situación de embarazo y e) expectativas. Las cuales se presentan de forma descriptiva.

#### 1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS

La población encuestada fue de 34 adolescentes de sexo femenino con un promedio de edad de 18 años, en donde el rango inferior fue de 14 años y el superior de 19, cuya ocupación principal era el hogar (85.2%) y sólo el 8.8% tenía ocupación remunerada. Como puede observarse en la figura 1a.

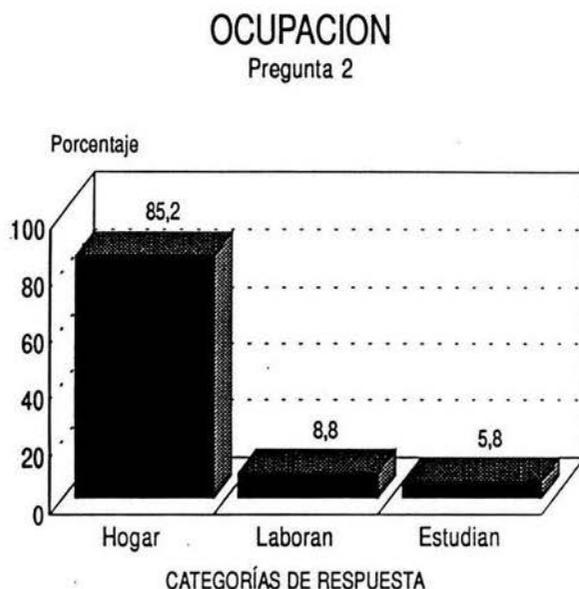


Figura 1a.

Respecto a la escolaridad el 50% tuvo estudios de secundaria, el 17.6 % estudios a nivel técnico. Otro porcentaje es el 14.7% de nivel primaria. Los porcentajes más bajos fueron para bachillerato y nivel superior (11.7% y 2.9% respectivamente). Lo cual nos muestra la figura 1b.

## ESCOLARIDAD

Pregunta 3 y 4

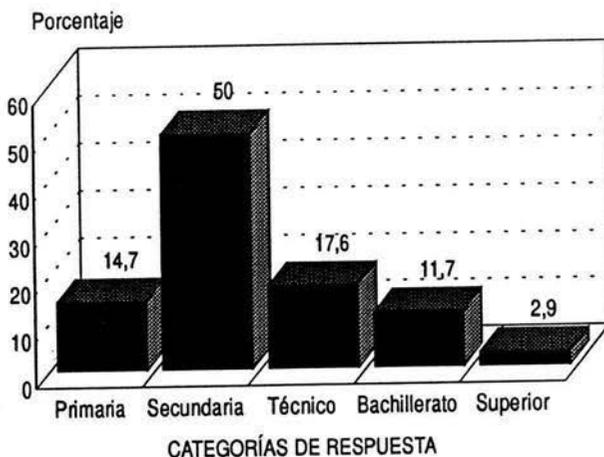


Figura 1b.

De acuerdo a estos resultados, puede decirse que la mitad de la población encuestada tiene estudios a nivel secundaria y sólo una minoría a nivel superior.

En lo que se refiere al estado civil de las adolescentes, en la figura 1c se observa que 70.5% estaban casadas y el 14.7% vivía en unión libre.

## ESTADO CIVIL

Pregunta 5

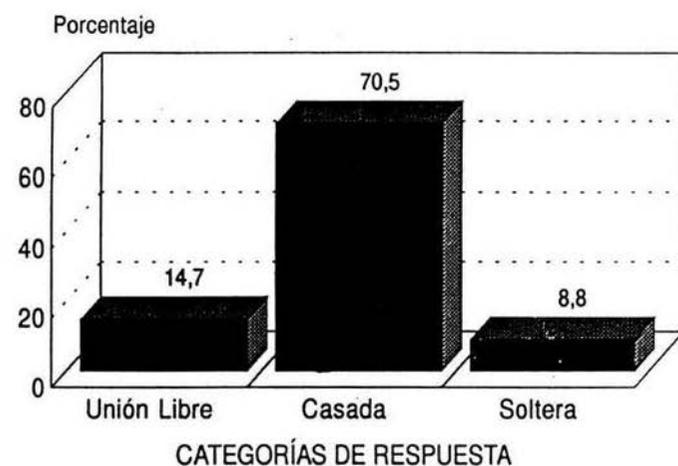


Figura 1c.

Antes de embarazarse el 47% vivía con su familia de origen y el 23.5% solas con su mamá. Como lo muestra la figura 1d. El 67.6% de las jóvenes se crió de niña con ambos padres y el 14.7% con su mamá y sustituto de padres (figura 1e).

## CON QUIÉN VIVÍA ANTES DEL EMBARAZO

Pregunta 6

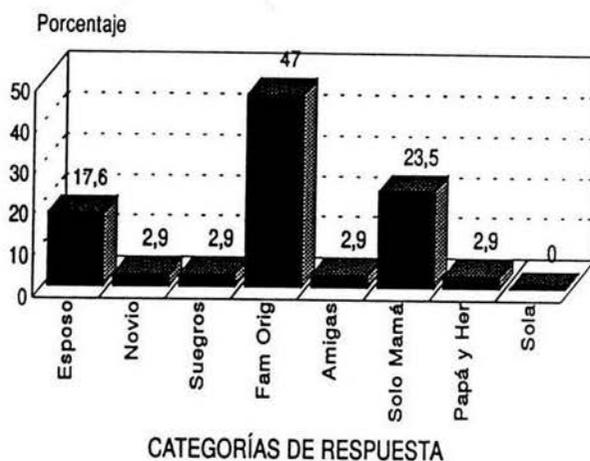


Figura 1d.

## CON QUIÉN SE CRIÓ

Pregunta 7

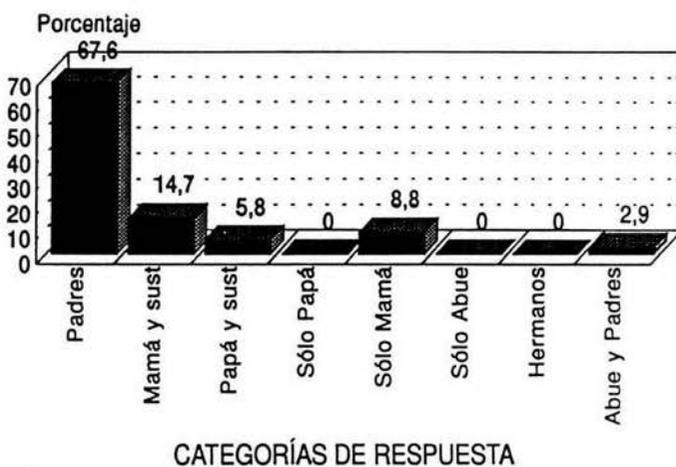


Figura 1e.

Las cifras anteriores indican que la mayor parte de la población encuestada estaba casada, se crió de niña con ambos padres y vivía con su familia de origen. Muy pocas se hallaban solteras, se criaron de niñas sólo con su mamá y vivían con otras personas diferentes a sus padres.

## 2) ANÁLISIS DE LA ENCUESTA SOBRE SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES

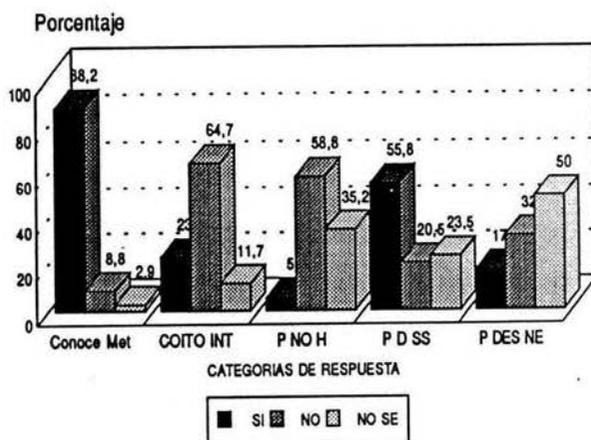
### a) Conocimientos sobre sexualidad humana y anticonceptivos.

En cuanto a esta área la mayoría de las adolescentes (88.2%) conoce algún tipo de anticonceptivo y el 11.7% no los conoce (figura 2a).

### ÁREA DE SEXUALIDAD

Pregunta 8 - 12

Figura 2a.



P NO H : Pastillas NO Hijos  
 P D SS : Pastillas a Diario  
 P DES NE: Pastillas Después NO Embarazo

Observando también la figura 2a, se aprecia, los conocimientos sobre los distintos métodos anticonceptivos, primeramente, el coito interrumpido: el 64.7% de las adolescentes no conoce el funcionamiento de este método y el 23.5% sí. Pastillas anticonceptivas: el 58.8% de la población conoce su función y el porcentaje restante no, continuando con dicho método un 58.8% respondió que se deben tomar a diario pastillas anticonceptivas aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguido. Las jóvenes restantes reportaron que no se deben tomar píldoras o no saben. Por último, el 32.3% de la población indicó que no es verdad que: si una mujer toma una pastilla anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales, no se embaraza. El restante porcentaje mencionó que si o no sabe (67.6%).

La figura 2b ilustra el conocimiento que tienen las adolescentes sobre métodos anticonceptivos. En ella se observa que un 88.2% saben que el condón sólo puede utilizarse una sola vez; un 52.9% no sabe como utilizar el ritmo; un 47% opina que el DIU sí se debe revisar cada seis meses y un 38.2% no sabe; un 82.3% no sabe si las espumas y los espermaticidas se colocan antes del coito; y un 67.6% ignora si la abstinencia es más efectiva que el coito interrumpido.

## ÁREA DE SEXUALIDAD

Pregunta 13 - 17

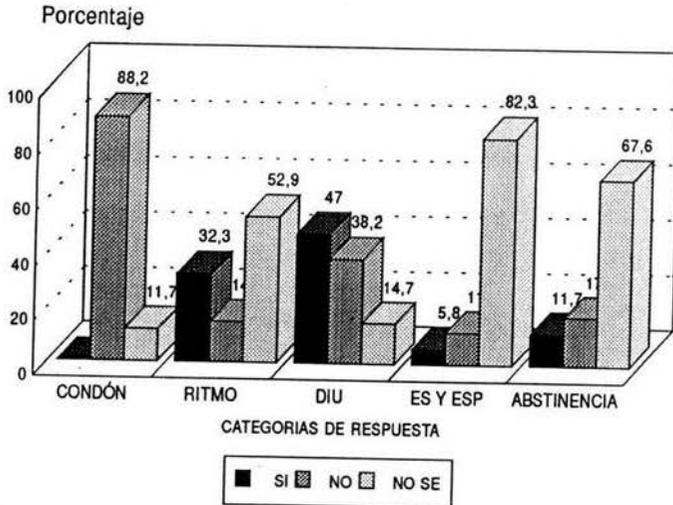


Figura 2b.

Al realizar una comparación de las figuras 2a y 2b, se puede ver que la mayoría de la población no tiene conocimiento acerca del uso de los métodos anticonceptivos a pesar de que mencionan que sí los conocen. Esto da referencia a pensar que tampoco conocen la sexualidad humana, habiendo una discordancia entre que dicen que sí conocen métodos anticonceptivos a lo que realmente saben y el resultado de su embarazo.

### b) Fuentes de información

En esta área se establecieron nueve distintas fuentes de información en donde las adolescentes podían definir si la calidad de la información que recibieron en cada

una de las fuentes era deficiente, regular o buena.

La figura 3a nos muestra la calidad de las fuentes de información en cuanto a su deficiencia, en la cual se puede observar que las que obtuvieron el porcentaje más elevado fueron: las revistas (38.2%); el padre y la televisión (32.3% respectivamente).

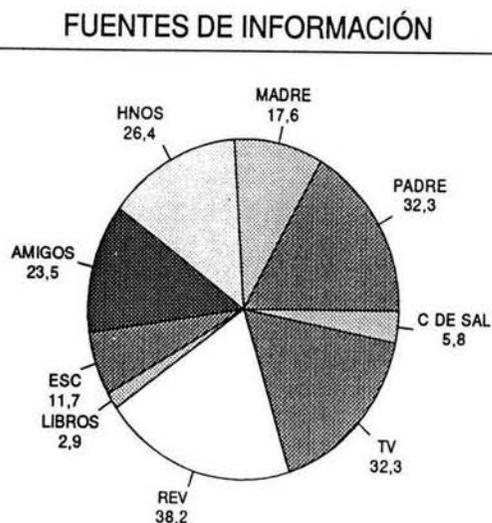


Figura 3a Calidad de Inf: Deficiente

Respecto a la calidad de la información que fue considerada como regular, se aprecia en la figura 3b que existe un porcentaje muy similar en todas las fuentes de información, siendo la más alta los amigos con un 38.2% y los más bajos el padre, la madre y las revistas, todos con un 20.5%.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

---

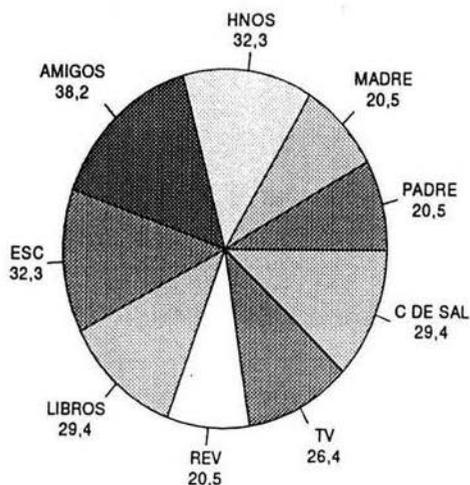


Figura 3b Calidad de Inf: Regular

En cuanto a la buena calidad de la información que recibieron las adolescentes, se observa en la figura 3c, que la mejor fuente son los centros de salud con un 38.2% o la recibida por la madre y los libros con un 35.2% respectivamente.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

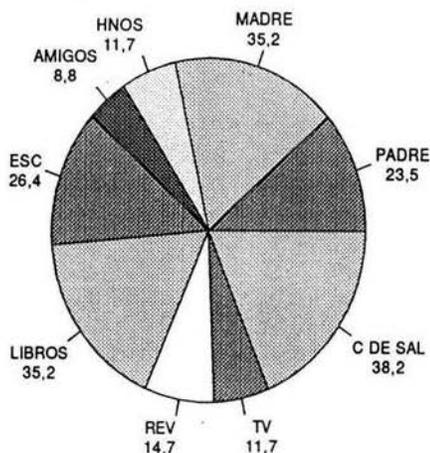


Figura 3c Calidad de Inf: Buena

Observando las anteriores figuras (3a, 3b y 3c), se puede notar que las adolescentes han recibido buena información acerca de los métodos anticonceptivos por parte de: centros de salud, madre y libros; sin embargo, esto no concuerda con los conocimientos con que cuentan sobre anticonceptivos. Lo anterior, puede ser resultado de que han obtenido información de manera deficiente de sus padres, revistas y televisión.

La figura 3d ilustra a las personas con las que más platican los jóvenes sobre sexualidad. El porcentaje más alto lo obtuvo la madre con un 35.2%, la hermana y el amigo obtuvieron un 20.5% cada uno.

## CON QUIÉN PLATICA MÁS SOBRE SEXUALIDAD Pregunta 19

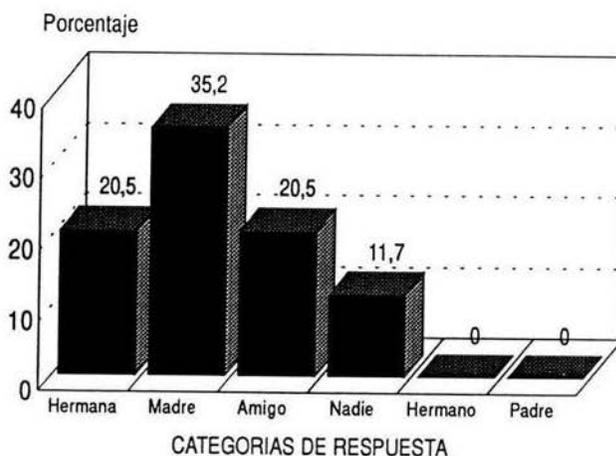


Figura 3d.

De acuerdo a estos resultados, se puede decir que la persona con la que más platican los jóvenes sobre temas sexuales es la madre, seguida por la hermana y el amigo, mientras que ninguna platica con su padre y hermano acerca de este tema.

En la figura 3e está representada la comunicación de temas sexuales en la familia y se observa que dichos temas no se tratan (35.2%), o muy esporádicamente (32.3%).

## FRECUENCIA CON QUE SE TRATAN TEMAS SEXUALES EN LA FAMILIA

Pregunta 20

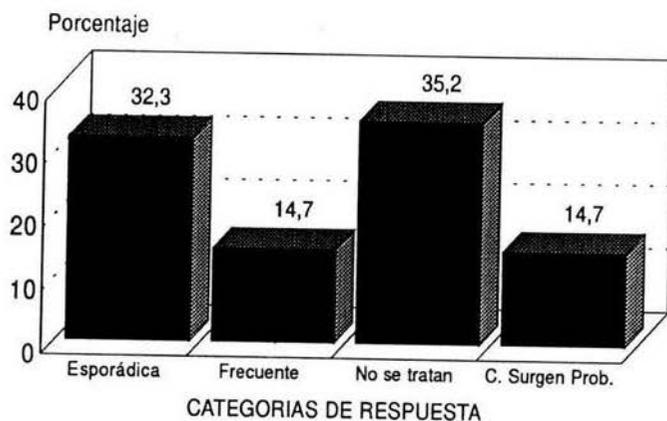


Figura 3e.

Como puede notarse, con lo anterior, las adolescentes tienen comunicación sobre sexualidad de manera esporádica.

### c) Relación sexual con su pareja

Por otro lado, al analizar los porcentajes de la relación de las adolescentes con su pareja, observamos primeramente que un 94.1% afirma haber platicado con su pareja sobre anticonceptivos. Como se puede apreciar en la figura 4a.

### PLATICAN CON SU PAREJA SOBRA ANTICONCEPTIVOS

Pregunta 21

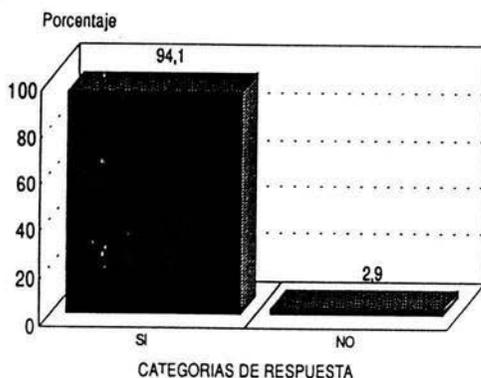


Figura 4a.

La figura 4b muestra si hay acuerdo entre la pareja sobre el uso de anticonceptivos. El 94.1% de las jóvenes estudiadas están de acuerdo.

### ACUERDO DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Pregunta 22

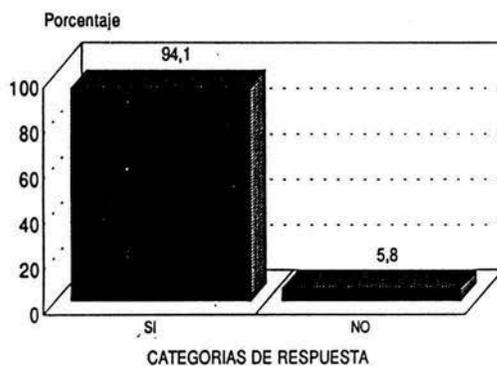


Figura 4b.

A pesar de que supuestamente las jóvenes platican con su pareja sobre anticonceptivos y de haber acuerdo sobre el uso de éstos mismos, la práctica no lo dice así.

La edad en que las adolescentes tuvieron su primera relación sexual se puede apreciar en la figura 4c, en donde puede observarse que los 17 tuvo un 38.2%, 16 años 17.6% y 18 años 14.7%.

### EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

Pregunta 23

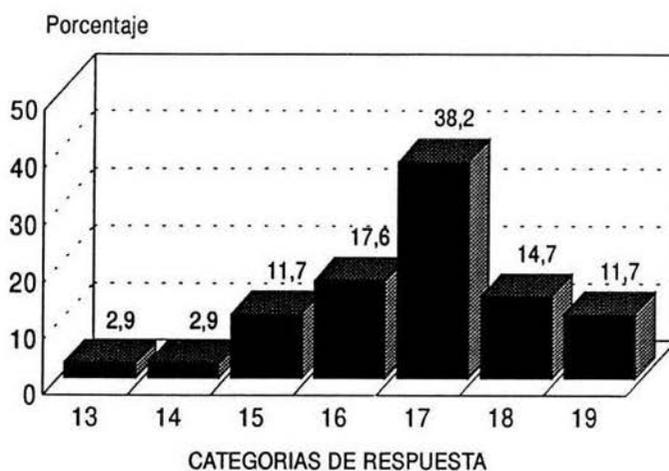


Figura 4c.

Lo anterior indica que la edad promedio en la cual las jóvenes tuvieron su primera relación sexual fue a los 16.7 años con un rango inferior de 13 y un rango superior de 19.

La edad promedio de su pareja es de 21.5 años y la ocupación resultó en su mayoría ser empleado (55.8%), seguido de comerciante (11.7%). Lo anterior se puede ver en la figura 4d, además como se observa, todos trabajan y la gran parte de ellos es empleado y sólo uno estudia y labora.

### OCUPACIÓN DE LA PAREJA

Pregunta 24

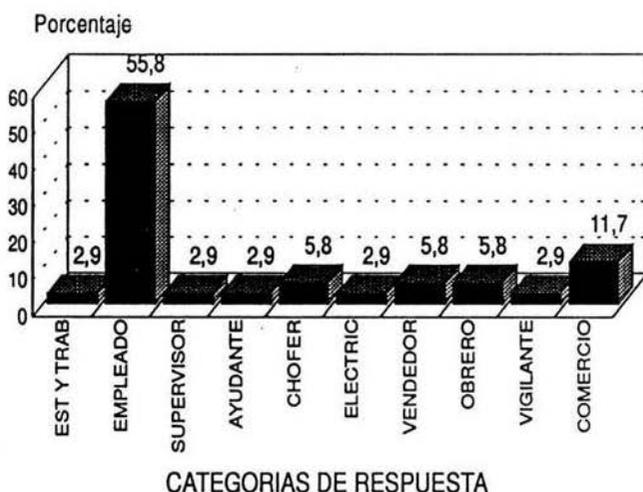


Figura 4d.

La figura 4e ilustra que más de la mitad de la población conoce qué es una relación sexual planeada, con un 67.6%.

## RELACION SEXUAL PLANEADA

Pregunta 25

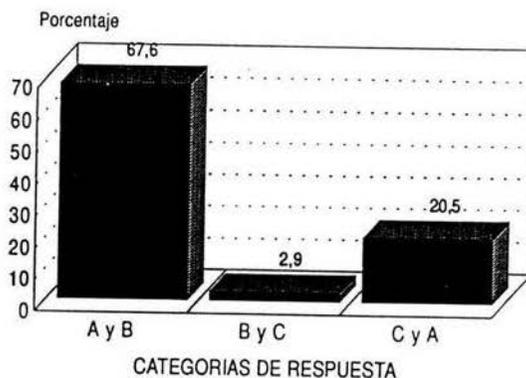


Figura 4e. Respuesta Idónea: A y B

La forma en que decidieron tener relaciones sexuales fue de manera planeada (47%) seguido de espontáneamente (52.9%). Lo anterior se puede ver en la figura 4f.

## CÓMO FUE LA RELACIÓN SEXUAL

Pregunta 26

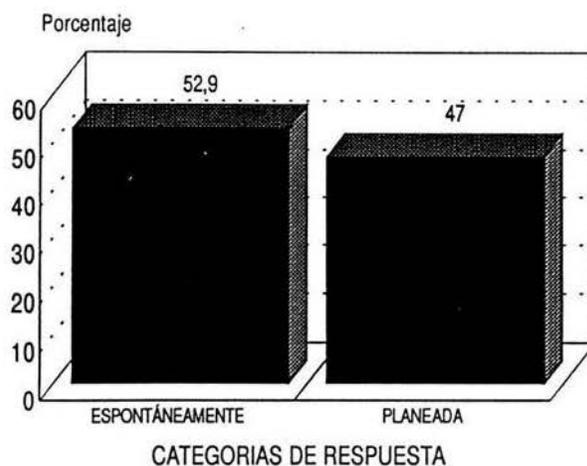


Figura 4f.

Respecto de quién tomó la iniciativa, la figura 4g muestra que en un 88.2% ambos la tomaron y un 11.7% él. Esto significa que ambos tuvieron la iniciativa para tener relaciones sexuales.



Figura 4g.

En cuanto al tiempo de conocer a la pareja antes de tener relaciones sexuales, el 61.7% de las jóvenes lo conoció al menos un año. Ver figura 4h.

### TIEMPO DE CONOCER A LA PAREJA

Pregunta 28

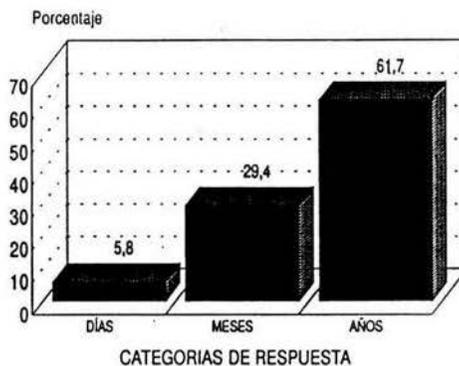


Figura 4h.

Los métodos utilizados en su relación sexual fue el condón con un 20.5%, el ritmo (5.8%) y las píldoras (2.9%). Un 64.7% no utilizó ningún método. Esto se puede apreciar en la figura 4i.

### MÉTODO UTILIZADO

Pregunta 29

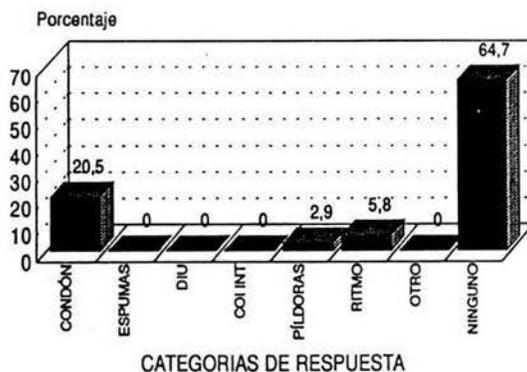


Figura 4i.

Dentro de las razones que dieron para no utilizar algún método de anticoncepción, como se muestra en la figura 4j, un 33% fue por no planearlo, seguido de que querían tener un bebé (27.7%), fue espontáneo y porque no quisieron usar anticonceptivos tuvieron un porcentaje de 11.1% cada uno.

### RAZÓN DE NO UTILIZAR ANTICONCEPTIVO

Pregunta 29a

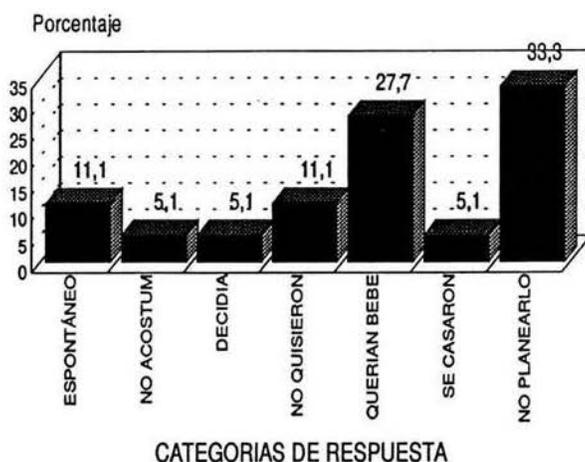


Figura 4j.

Sin embargo, a pesar de que la población encuestada en su mayoría, afirma haber platicado con su pareja sobre anticonceptivos, de encontrar acuerdo sobre el uso de los mismos, además de conocer lo que es una relación sexual planeada y de que ambos tomaron la iniciativa de tener relaciones sexuales, la mayor parte no utilizó ningún método anticonceptivo, por ser la relación sexual de manera

espontánea y planeada.

d) Situación de embarazo

La figura 5a ilustra el tiempo en que las adolescentes supieron de su embarazo. En ella se observa que un 76.4% se enteró en menos de dos meses, un 14.7% de 2 a 3.5 meses y sólo un 2.9% en tiempo mayor.

CUÁNDO SE ENTERÓ DE SU EMBARAZO  
(EN MESES)  
Pregunta 30

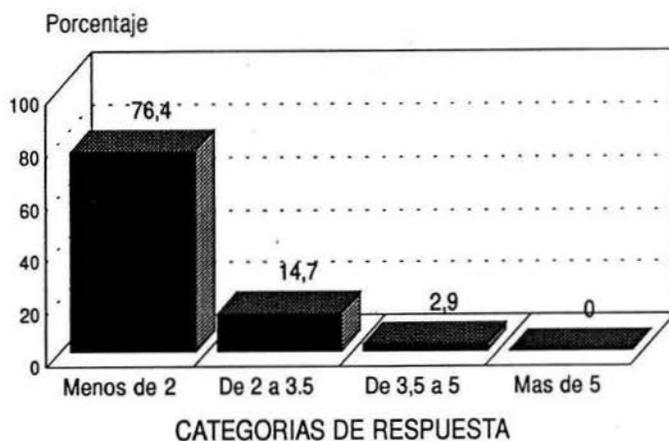


Figura 5a.

Como se muestra en la figura 5b, la forma en que se enteraron de su embarazo, en un 67.6% fue por medio de los síntomas y un 26.4% por análisis.

## CÓMO SUPO DE SU EMBARAZO

Pregunta 31

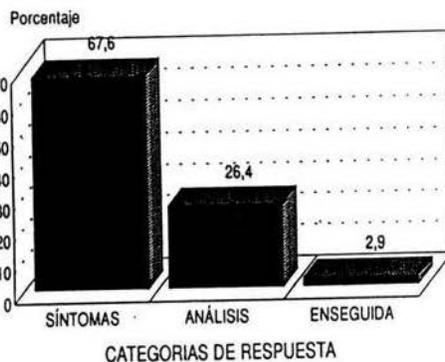


Figura 5b.

La mitad de la población tardó menos de dos meses en decirle a su familia que estaba embarazada. Otro porcentaje que se puede ver es el 17.6% para las categorías de 2 a 3.5 meses y más de 5 meses. Ver figura 5c.

## TIEMPO PARA DECIR A SU FAMILIA SOBRE SU EMBARAZO

(EN MESES)

Pregunta 32

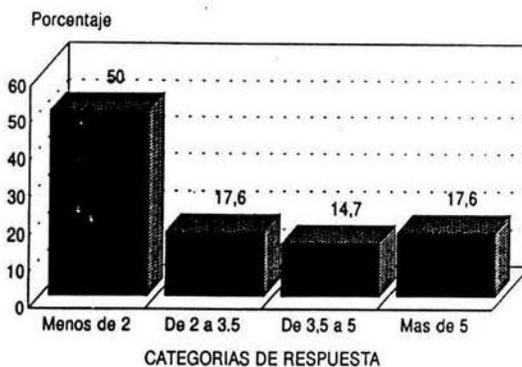


Figura 5c.

Con lo anterior, se puede observar que la mayor parte de las adolescentes se enteraron en menos de dos meses de su embarazo, por medio de síntomas y además la mitad de la población encuestada avisaron a sus padres de su situación en menos de un par de meses.

La figura 5d ilustra cómo fue la reacción de la pareja de las jóvenes al saber del embarazo, en ella se aprecia que un 88.2% fue de aceptación y un 8.8% de resignación.

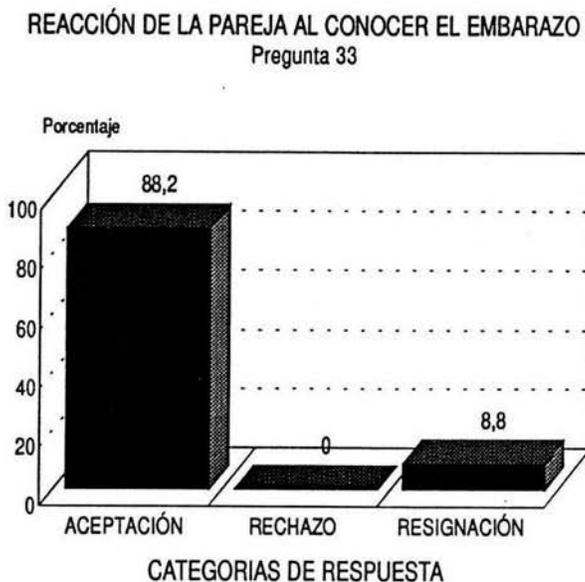


Figura 5d.

Los principales problemas que enfrentaron durante su embarazo, como se muestra en la figura 5e fueron: dejar de estudiar, problemas de salud y ningún problema (17.6% cada uno), problemas familiares tuvo un 14.7%.

## PROBLEMAS POR EL EMBARAZO

Pregunta 34

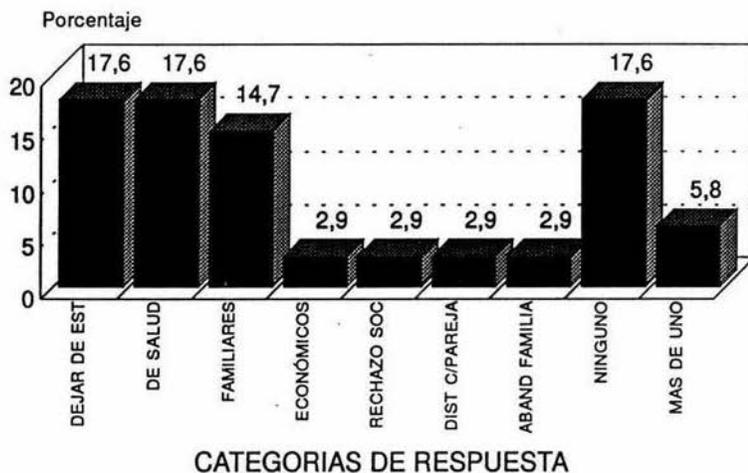


Figura 5e.

Con lo anterior, se puede ver que sólo una joven se distanció de su pareja.

En la figura 5f se representa las causas del embarazo, en ella se observa que el 67.6% de las jóvenes deseaban tener un bebé y un 23.5% por no utilizar método anticonceptivo.

## CAUSA DEL EMBARAZO

Pregunta 35

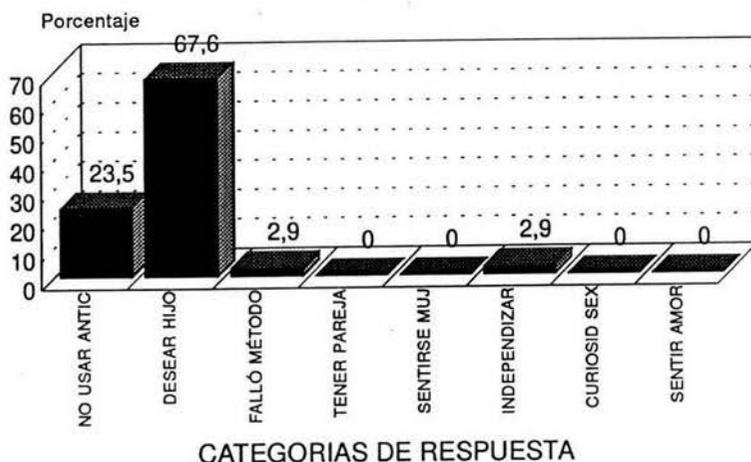


Figura 5f.

Con estos resultados se nota que el embarazo no se debió a una curiosidad sexual, para sentir amor o para tener una pareja.

### e) Expectativas

La figura 6a muestra las expectativas de las jóvenes antes de embarazarse, las cuales fueron: terminar una carrera (38.2%), dedicarse al hogar (23.5%), trabajar (17.6%), casarse (14.7%), ninguna contestó vivir en unión libre.

## EXPECTATIVAS ANTES DEL EMBARAZO

Pregunta 36

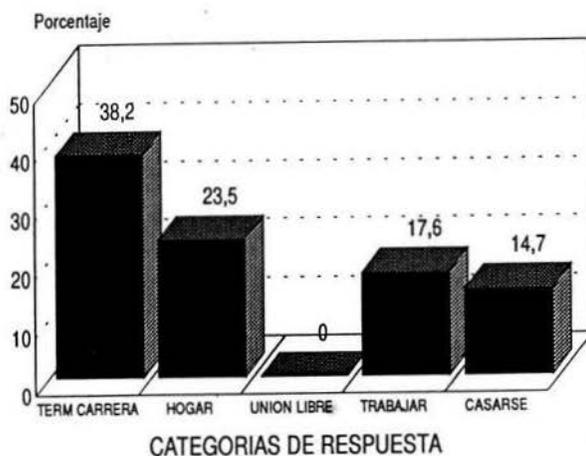


Figura 6a.

De acuerdo a la figura 6b, se puede apreciar que las expectativas actuales de las adolescentes son: dedicarse al hogar (47%), seguir estudiando (26.4%) y otras (17.6%).

## EXPECTATIVAS ACTUALES

Pregunta 37

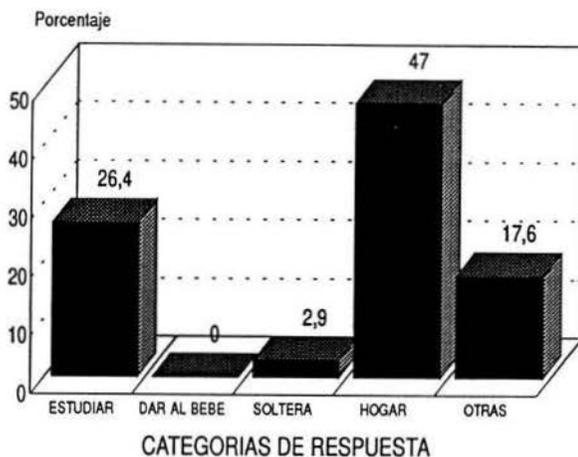


Figura 6b.

Realizando una comparación entre las figuras 6a y 6b se puede percibir que sus expectativas cambiaron al momento de embarazarse, ya que, por ejemplo, antes de su embarazo la mayoría deseaba terminar una carrera y ahora (después de su embarazo) quieren dedicarse al hogar.

Respecto a la edad para tener pareja, por parte de las jóvenes, resultó en promedio con 19.8 años. La edad para casarse fue de 20.6 años en promedio. Por último, la edad promedio para tener hijos fue de 21.1 años.

Con lo anterior se nota que la secuencia de edades sí concuerda con primero tener pareja (19.8 años), después casarse (20.6 años) y tener hijos (21.1 años). Sin embargo dichas expectativas no corresponden a la situación actual de las adolescentes que se embarazaron tempranamente.

### 3.3 CONCLUSIONES

En base al objetivo que se pretendió alcanzar, los resultados señalan que: una baja escolaridad (nivel secundaria en promedio), de conocimiento sobre anticonceptivos y anatomía humana, una escasa comunicación de temas sexuales en la familia, aunado a que en esta etapa todavía no tienen establecidas sus expectativas, son los principales factores que facilitan el embarazo en las adolescentes que acuden al servicio de ginecología del Hospital de Gineco-Pediatría 3-A.

Los resultados obtenidos comprueban lo que dice Singh y Wulf (op.cit.), en cuanto a que la mayoría de las adolescentes encuestadas tenían estudios de secundaria y tuvieron la oportunidad de conocer a más hombres y aumentar sus posibilidades de tener relaciones sexuales.

A este respecto, Kanin (op. cit.) señala que, entre los hombres, quienes menos inician más temprano el contacto sexual son los estudiantes y aunque en este trabajo no se aplicó cuestionarios a la población masculina, se halló que solamente un pequeño porcentaje de las parejas de las jóvenes estudiaba. Esto sugiere que los más precoces en tener una relación sexual son los hombres que se dedican al trabajo, puesto que en nuestra investigación así se demostró.

La edad promedio en que las jóvenes tuvieron su primera relación sexual fue a los 16.7 años muy similar al que encontró De Weiss (op. cit.) en su estudio con un 16.4 años.

Ahora bien, las adolescentes encuestadas se embarazaron y casaron tempranamente y de acuerdo a lo que dice Singh y Wulf (op. cit.) suponemos que llegarán a tener más hijos que las mujeres que se casan a una edad mayor.

Por otro lado, encontramos que, dentro de las causas del embarazo, el buscar independencia, poder tener una pareja, sentir amor ( o apoyo y correspondencia emocional como dice Miller (op. cit.)) y curiosidad sexual no son factores significativos como nos señala De Weiss (op.cit.), Cadena (op.cit.) y Lehalle (op cit.). Esto quizá al tipo de población que ellos estudiaron, ya que en la nuestra la mayoría señaló que su embarazo se debió porque deseaba tener un hijo.

Sin embargo, nuestros resultados sí concuerdan con las razones que señalan Tolbert (op. cit.) y Papalia (op. cit.) en cuanto a que su embarazo se dio por no haber planeado la relación sexual, no haber utilizado algún método anticonceptivo y por su ignorancia en cuanto al conocimiento de los mismos y de su fisiología misma.

Otro factor que influyó para que las jóvenes resultaran embarazadas fue, al igual que lo que exponen Dickens y Allison (op. cit.), la escasa comunicación con sus familias acerca de la sexualidad.

Además, en los resultados se encontró que la información recibida por parte de la población encuestada proviene de la madre, tal y como lo plantea Hurlock (op. cit.).

A pesar de que las adolescentes encuestadas señalan que sí conocen algún método anticonceptivo y de que dicen que hablan sobre sexualidad con su madre, los hechos son otros, pues como dicen Dickens y Allison (op. cit.) esta información que reciben las desorientan además de ser escasa. Esto último, las jóvenes lo señalan al decir que es deficiente la información proveniente de sus padres y revistas.

Otra de las causas que sugieren Rico de Alonso (op. cit.) y Davis (op. cit.) que facilitan el embarazo en las adolescentes es la falta de uno de sus progenitores, sin embargo esto no fue un factor importante en nuestros resultados.

Además en cuanto a conocimientos sobre anticonceptivos las jóvenes sí tienen nociones sobre el uso de la píldora anticonceptiva, al igual que lo que encontré Singh y Wulf (op.cit.) en su investigación. Sin embargo, en lo que se refiere a los métodos vaginales (espermatocidas) dichos autores encontraron que en México son muy conocidos, contrario a lo que encontramos en nuestra investigación.

Opuesto a lo señalado por Montaña (op. cit.) se halló que la mayor parte de la población está casada y no es madre soltera como menciona este autor.

Dentro de las consecuencias del embarazo en las adolescentes encuestadas se encontró que tuvieron problemas de salud. Al igual que lo que expone Rico de Alonso (op. cit.) en donde dice que hay mayor incidencia de hemorragias, anemia, pérdida fetal, prematurez, partos complicados, cesárea.

Aunque no se profundizó sobre a qué problemas de salud se enfrentaron las jóvenes, suponemos que sí tuvieron conflictos de esta naturaleza.

Otro tipo de problemas que tuvieron las encuestadas fue de tipo de social, lo que se constata con lo dicho por De Weiss (op. cit.).

En cuanto a las expectativas, con los resultados notamos que cambiaron después de su embarazo, porque las jóvenes dejaron de estudiar cuando antes querían hacerlo.

Lo anterior, también lo encontró en sus investigaciones Corona (op. cit.) en donde señala que hay deserción escolar por parte de las adolescentes.

A pesar de llevar a la práctica la presente investigación, creemos conveniente que centros educativos y de salud, así como los padres de familia tomen en cuenta las siguientes sugerencias:

- Dar una educación integral donde las jóvenes sean conscientes de que tienen la posibilidad de ejercer su sexualidad en forma alegre, libre pero responsable y tener en cuenta las consecuencias que su conducta puede traer para ellas mismas y para terceras personas.

- La iniciación sexual es un esclarecimiento lento que debe irse dando durante la infancia. El niño debe ser iniciado en los misterios de la vida hasta que pueda enfrentarse con una conciencia clara a todos los fenómenos de la sexualidad.

- Alentar a las mujeres jóvenes para que sigan asistiendo a la escuela por más tiempo.

- Mejorar los servicios de educación en las zonas rurales.
- Incluir la orientación sexual en los programas de estudios de todas las escuelas.
- Enseñar a los papás a hablar con sus hijos sobre temas de sexualidad y procreación.

Por último para futuras investigaciones de este tema consideramos importante aumentar el tamaño de la muestra, así como profundizar más en cuestiones como problemas de salud y sociales, funcionamiento de anticonceptivos. También pudiéndose realizar este mismo estudio pero en otras instituciones (particulares, ISSSTE, etc.) y realizar una comparación de resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Akhom y cols. (1976). Anticoncepción. En: Trias de Bes, S.A. et al. (1989). Salvat editores Barcelona. 164-165.
- Anilú, E. (1987). Jóvenes inocentes y embarazadas. Publicación feminista bimestral. México. 20-22.
- Anuario Estadístico 1991. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Secretaría de Coordinación y Desarrollo.
- Arcelus, M. (1994). "La adolescente embarazada y su familia". En: Revista Psicología. Julio-agosto. 15-21.
- Austin, C.R. y Short, R.V. (1987). Sexualidad humana. Ediciones Copilco. México. 104-107.
- Bartolomeis, F. (1978). La psicología del adolescente y la educación. Roca. México. 149-167
- Brostein de Ranen, E y Pérez, S.J. (1992). "El embarazo en las adolescentes". En: Revista Psicología. No. 46. Marzo-abril. 8-11.
- Cadena, B.F. (1990). Actitud de los adolescentes ante la conducta sexual. Tesis. UNAM ENEPI 1990.

- Caldiz, L. (1985). *Viviendo vuestra sexualidad*. Estaciones. Buenos Aires. 81-95.
- Carlson y Bermúdez (1986). *Madres solteras adolescentes*. En: Rico de Alonso, A. Pontificio. Universidad Javeriana. Colombia. 29-43.
- Castillo y cols. (1988). *Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Alternativas de prevención primaria*. En: Zetina, L.M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Corona, E. y Ehrenfeld, N. (1985). *Adolescencia, embarazo e identidad femenina*. En: *Publicación feminista bimestral. Difusión cultural feminista*. México. 13-16.
- Davis (1989). *Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia. Alternativas de prevención primaria*. En: Zetina, L.M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- De Weiss, S.P. et al. (1988). *Conocimientos de las adolescentes de la Ciudad de México sobre la conducta sexual y los anticonceptivos*. *Salud Mental*. V.11 No. 2. 35-38.
- De Weiss, S.P. et al. (1990) *Planeando tu vida*. Limusa. México. 113-125.
- Dickens y Allison (1986). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L.M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Ehrmann (1959). Adolescencia. En: Grinder, RE. (1986). Limusa. México. 330-340.

- Field (1980). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L.M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Furell (1978). Psicología de los adolescentes. En: Lehalle, H. (1989). Grijalbo. México. 11-19.
- García. "Madres solas, hijos sin padre". En: Hernández, C.E. (1988). FEM. Vol. 12 No. 62. 11-19.
- González, E. (1991). Cap. VI. Adolescente embarazada. Aspectos sociales. En: Molina C. Ramiro. (1992). Embarazo en adolescentes. Pub. SERNAM. Chile. 69-77.
- Hernández, C.E. (1988). "Madres solas, hijos sin padre". En: FEM. Vol. 12 No. 62. 11-19.
- Hofmann (1984). "La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales". En: Tolbert, K. (1994). Revista Psicología. Julio-agosto. México. 7-14.
- INEGI (1993). Los jóvenes de México. México.
- Hurlock, E. B. (1976). Psicología de la adolescencia. Paídos. Buenos Aires. 370-402.
- Jessor y Jessor (1975). Psicología de los adolescentes. En: Lehalle, H. (1989). Grijalbo. México. 124-140.
- Kanin (1969). Adolescencia. En: Grinder R.E. (1980). Limusa. México. 330-340.
- Kilby, M. D. (1988). Sexo seguro. Interamericana Mc Graw-Hill. México.

- Klein, R y Chapela, G. (1994). "Programas de intervención para adolescentes". En: Revista Psicología. Julio-agosto. 24-30.
- Lamby y Elster (1985). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L. M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Leñero, O. L. y Fernández, R. M. (1990). Jóvenes de Hoy. Pax México.
- Lincoln y cols. (1976). Anticoncepción. En: Trias de Bes, S. D. et al. (1989). Salvat Editores, Barcelona. 164-165.
- Marcelli y cols. (1986). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L. M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Michaux, L. (1977). Los jóvenes y la autoridad. Planeta. Barcelona. 85-99.
- Mc Creary (1986). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L. M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Miller (1986). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L. M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Montaño, G. (1983). "La mujer embarazada". En: Juventud y desarrollo en el México de hoy. CREA. México.

- Morrison (1985). "La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales". En: Tolbert, K. (1994). Revista Psicología. Julio-agosto. 7-14.
- Papalia, D. (1990). Desarrollo humano. Mc Graw-Hill Colombia. 433-438.
- Preston y Margolin (1986). Todo lo que el adolescente desea saber acerca del sexo. Edit. Diana, México. 73.
- Rico de Alonso, A. (1986). Madres solteras adolescentes. Pontificio, Universidad Javeriana. Colombia. 29-43.
- Schwartz y Merlen (1967). Adolescencia. En: Grinder, R. E. (1986). Limusa. México. 330-340.
- Singh, S y Wulf, D. (1991). Adolescentes de hoy, padres del mañana. The Alan Guttmacher Institute.
- Strasburger (1989). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: Alternativas de prevención primaria. En: Zetina, L. M. (1991). Tesina. ENEP Iztacala. UNAM.
- Tolbert, K. (1994). La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. En: Revista Psicología. Julio-agosto. México 7-14.
- Trias de Bes, S. D. et al. (1984). Anticoncepción. Salvat Editores. Barcelona. 164-165.
- Winter, G. D. y Nuss, E. M. (1978). Adolescencia y aprendizaje. Paidós. Buenos Aires. 360-371.

Zelnick y Kantner (1976). Sexo seguro. En: Kilby, M. D. (1988).  
Interamericana. Mc Graw-Hill. México.

Zetina, L. M. (1991). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la  
adolescencia: Alternativas de prevención primaria. Tesina.  
ENEP Iztacala. UNAM.



U.N.A.M. CAMPUS  
IZTACA

IZT.

ANEXO

## CUESTIONARIO

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE COMO FINALIDAD CONOCER LA OPINIÓN DE LOS ADOLESCENTES ANTE LA SEXUALIDAD. LAS RESPUESTAS SERÁN TRATADAS EN FORMA ESTADÍSTICA Y CONFIDENCIAL POR LO QUE ESPERAMOS CONTESTEN SINCERAMENTE.

1. Edad \_\_\_\_\_ 2. Ocupación \_\_\_\_\_  
3. Escolaridad \_\_\_\_\_ 4. Grado \_\_\_\_\_  
5. Estado \_\_\_\_\_

6. Con quién vivías antes de embarazarte? ✓

Esposo \_\_\_\_\_ Familia de origen \_\_\_\_\_

Novio \_\_\_\_\_ Sola \_\_\_\_\_

Suegros \_\_\_\_\_ Amigas \_\_\_\_\_

Sola con mamá o mamá y hermanos \_\_\_\_\_

Papá y hermanos \_\_\_\_\_

Otro, quién? \_\_\_\_\_

7. Con quién te criaste de niña? ✓

Ambos padres \_\_\_\_\_ Mamá y sustituto de padre \_\_\_\_\_

Sólo mamá \_\_\_\_\_ Papá y sustituto de madre \_\_\_\_\_

Sólo papá \_\_\_\_\_

Abuela y padres \_\_\_\_\_

Sólo abuela \_\_\_\_\_

Hermana (os) \_\_\_\_\_

Amigo (a) \_\_\_\_\_

Otro, quién? \_\_\_\_\_

8. Conoces algún método anticonceptivo?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

9. Si el hombre saca el pene (su miembro) antes de "venirse", se puede embarazar la mujer?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

10. Crees que si una mujer toma pastillas anticonceptivas para evitar el embarazo, ya nunca podrá tener hijos?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

11. Si se están tomando pastillas anticonceptivas se deben tomar a diario aunque no se tengan relaciones sexuales muy seguido?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

12. Es cierto que si una mujer toma una pastilla anticonceptiva después de haber tenido relaciones sexuales, no se embaraza?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

No sé \_\_\_\_\_

13. Puede servir un solo condón para dos o tres relaciones sexuales?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_

14. Para usar el ritmo como método anticonceptivo se debe tener la relación 10 días antes de la menstruación ó 10 días después de ella?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_

15. El DIU se debe revisar cada 6 meses.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_

16. Las espumas y los espermaticidas se colocan después del coito en el fondo de vagina.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_

17. La abstinencia es menos efectiva que el coito interrumpido.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé \_\_\_\_\_

18. De las siguientes fuentes de información señala con una "x" Cómo consideras que ha sido la información que has obtenido acerca de los métodos anticonceptivos en cada una de ellas?

	Deficiente	Regular	Buena
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____

Hermanos \_\_\_\_\_  
Amigos \_\_\_\_\_  
Escuela \_\_\_\_\_  
Libros \_\_\_\_\_  
Revistas \_\_\_\_\_  
Televisión \_\_\_\_\_  
Centro de salud \_\_\_\_\_

19. Con qué personas platicas más acerca de temas sexuales?

Hermano \_\_\_\_\_ Hermana \_\_\_\_\_ Amigo \_\_\_\_\_  
Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Nadie \_\_\_\_\_

20. En tu familia los temas sexuales se tratan?

Esporádicamente \_\_\_\_\_ Con frecuencia \_\_\_\_\_ No se tratan \_\_\_\_\_  
Cuando surge un problema relacionado con la sexualidad \_\_\_\_\_

21. Has platicado acerca de anticonceptivos con tu pareja?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

22. Están de acuerdo tú y tu compañero de quién debe tener la responsabilidad del uso de anticonceptivos?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

23. A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

A los \_\_\_\_\_ años

24. Qué edad tiene tu pareja y a qué se dedica? \_\_\_\_\_

25. Qué entiendes por tener una relación sexual planeada? Escoge una combinación:

a) Platicar con la pareja antes de tener la relación sexual acerca de sus posibles consecuencias.

b) Ponerse de acuerdo previamente en utilizar algún anticonceptivo para tener una relación sexual.

c) Conocer el ciclo de menstruación y tener la relación sexual cuando haya menos riesgo de embarazo.

a y b \_\_\_\_\_

b y c \_\_\_\_\_

c y a \_\_\_\_\_

26. Cómo fue que decidieron tener relaciones sexuales?

Espontáneamente \_\_\_\_\_

De manera planeada \_\_\_\_\_

27. Quién tomó la iniciativa?

El \_\_\_\_\_

Tú \_\_\_\_\_

Ambos \_\_\_\_\_

28. Cuánto tiempo tenías de conocer y tratar a tu pareja antes de tener relaciones sexuales?

\_\_\_\_\_ meses o \_\_\_\_\_ años

29. Qué método utilizaron?

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| a) Condón_____   | b) Espumas_____            |
| c) DIU_____      | d) Coito interrumpido_____ |
| e) Píldoras_____ | f) Ritmo_____              |
| g) Otro_____     | h) Ninguno_____            |

En caso de contestar el inciso (h) explicar por qué no utilizaron ningún método anticonceptivo.

---

---

30. Cuándo te enteraste de que estabas embarazada? Escoge una opción:

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| a) Menos de 2 meses_____ | b) De 2 a 3.5 meses_____ |
| c) De 3.5 a 5 meses_____ | d) Más de 5 meses_____   |

31. Cómo te diste cuenta de tu embarazo?

---

32. Qué tiempo tardaste para decirle a tu familia que estabas embarazada?

a) Menos de 2 meses\_\_\_\_\_ b) De 2 a 3.5 meses\_\_\_\_\_

c) De 3.5 a 5 meses\_\_\_\_\_ d) Más de 5 meses\_\_\_\_\_

33. Cómo fue la reacción de tu pareja al saber que estabas embarazada?

Aceptación con alegría\_\_\_\_\_ De rechazo\_\_\_\_\_ De resignación\_\_\_\_\_

34. Cuáles fueron los principales problemas que tuviste que enfrentar cuando te embarazaste?

Dejar de estudiar\_\_\_\_\_ Rechazo social\_\_\_\_\_

Problemas de salud\_\_\_\_\_ Problemas económicos\_\_\_\_\_

Problemas familiares\_\_\_\_\_ Abandonar a mi familia\_\_\_\_\_

Distanciamiento con mi pareja\_\_\_\_\_

35. Causa del por qué te embarazaste:

Por no utilizar método anticonceptivo\_\_\_\_\_

Deseaban tener un hijo\_\_\_\_\_

Les falló el método anticonceptivo\_\_\_\_\_

Para tener una pareja\_\_\_\_\_

Para sentirme mujer\_\_\_\_\_

Deseo de independizarme de mi familia\_\_\_\_\_

Curiosidad sexual\_\_\_\_\_

Para sentir amor \_\_\_\_\_

36. Cuáles eran tus expectativas antes de embarazarte?

Terminar una carrera \_\_\_\_\_ Trabajar \_\_\_\_\_

Dedicarte al hogar \_\_\_\_\_ Casarte \_\_\_\_\_

Vivir en unión libre \_\_\_\_\_

37. Cuáles son ahora tus expectativas?

Seguir estudiando \_\_\_\_\_ Ser madre soltera \_\_\_\_\_

Dar al bebé en adopción \_\_\_\_\_ Dedicarte al hogar \_\_\_\_\_

otras \_\_\_\_\_

38. A qué edad consideras que se debe tener una pareja?

\_\_\_\_\_ años.

39. A qué edad consideras que se debe tener hijos?

\_\_\_\_\_ años.

40. A qué edad consideras que se debe casarse?

\_\_\_\_\_ años.

Por tu colaboración Gracias.