



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

107
27

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ADOLESCENTES EMBARAZADAS:
ANSIEDAD Y ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LIDIA JOVITA GONZALEZ CORTES



DIRECTOR DE TESIS:
DR. FRANCISCO ANTONIO MORALES CARMONA

MEXICO, D. F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

**El presente trabajo forma parte de una investigación realizada en el
Instituto Nacional de Perinatología
con la colaboración de las pacientes que asisten a él
y bajo la supervisión de:**

Dr. Francisco A. Morales Carmona

Edgar C. Díaz Franco

A mis padres

**Esta claro que no vas a ser la misma,
y no sabes ni quien eres,
ni quien soy.**

**Que difícil descubrirse diferente,
tan distinta, tan mujer
y tan... así.**

**El momento de la crisis ha llegado,
si te miras al espejo,
no te vez,
casi ni te vez.**

INDICE

| | |
|--------------|---|
| Resumen..... | 1 |
|--------------|---|

PRIMERA PARTE:

ANTECEDENTES TEORICOS

| | |
|--|----|
| 1. Adolescencia..... | 3 |
| Características biológicas de la adolescencia..... | 3 |
| Aspectos psicosociales de la adolescencia..... | 4 |
| Características emocionales de la adolescencia..... | 6 |
| Respuestas de afrontamiento en los adolescentes..... | 9 |
| 2. Embarazo..... | 12 |
| Biología del embarazo..... | 12 |
| Características del embarazo por trimestre..... | 14 |
| - El primer trimestre..... | 14 |
| - El segundo trimestre..... | 14 |
| - El tercer trimestre..... | 15 |
| Aspectos sociales del embarazo..... | 15 |
| Estado emocional de la mujer embarazada..... | 16 |
| 3. Adolescentes embarazadas..... | 23 |
| Causas del embarazo adolescente..... | 23 |
| - El inicio temprano de las relaciones sexuales..... | 23 |
| - Baja incidencia en el uso de métodos anticonceptivos..... | 24 |
| - Factores psico-sociales..... | 26 |
| Consecuencias del embarazo adolescente..... | 29 |
| - Consecuencias sobre la salud de la madre..... | 29 |
| - Consecuencias sobre la educación y oportunidades de trabajo de las adolescentes embarazadas..... | 30 |
| - Consecuencias sobre los niños..... | 33 |
| Características emocionales de las adolescentes embarazadas..... | 34 |
| Estrategias de afrontamiento en adolescentes embarazadas..... | 39 |
| 4. Ansiedad..... | 41 |
| Aspectos cognitivos de la ansiedad..... | 41 |
| Aspectos fisiológicos de la ansiedad..... | 42 |
| Aspectos conductuales de la ansiedad..... | 43 |
| Manifestaciones de la ansiedad..... | 45 |
| Ansiedad rasgo y ansiedad estado..... | 48 |
| Ansiedad y estrés..... | 48 |
| Medición de la ansiedad..... | 49 |

| | |
|--|----|
| 5. Estilos de afrontamiento..... | 51 |
| Antecedentes teóricos del concepto de afrontamiento..... | 51 |
| Clasificación del afrontamiento..... | 53 |
| - Clasificación de acuerdo con el método de afrontamiento..... | 53 |
| - Cognoscitivo activo..... | 53 |
| - Conductual activo..... | 54 |
| - Evitativo..... | 54 |
| - Clasificación de acuerdo con el foco de afrontamiento..... | 54 |
| - Centrado en el problema..... | 54 |
| a) Análisis lógico..... | 55 |
| b) Buscar ayuda o información..... | 55 |
| c) Tomar acciones para solucionar el problema..... | 55 |
| - Centrado en las emociones..... | 55 |
| a) Regulación afectiva..... | 56 |
| b) Descarga emocional..... | 56 |
| Recursos de afrontamiento..... | 56 |
| Medición del afrontamiento..... | 59 |

SEGUNDA PARTE:

INVESTIGACION

| | |
|--|----|
| 1. Metodología..... | 62 |
| - Planteamiento del problema..... | 62 |
| - Hipótesis..... | 62 |
| - Variables..... | 62 |
| a) Variable independiente..... | 62 |
| b) Variable dependiente..... | 63 |
| - Diseño de la investigación..... | 63 |
| a) Muestreo..... | 63 |
| b) Criterios de inclusión..... | 63 |
| c) Criterios de exclusión..... | 64 |
| - Escenario..... | 64 |
| - Instrumentos..... | 64 |
| - Procedimiento..... | 64 |
| 2. Resultados..... | 66 |
| Datos sociodemográficos..... | 66 |
| Ansiedad de las adolescentes embarazadas..... | 72 |
| Estilos de afrontamiento de las adolescentes embarazadas..... | 74 |
| Correlación de la escala de estilos de afrontamiento y el IDARE..... | 78 |
| 3. Discusión..... | 82 |
| 4. Conclusiones..... | 88 |
| 5. Sugerencias..... | 89 |
| 6. Bibliografía..... | 90 |

| | |
|-----------------|----|
| 7. Anexo 1..... | 96 |
| 8. Anexo 2..... | 99 |

□

RESUMEN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno que, aunque a lo largo de diferentes épocas se ha venido presentando, en los últimos tiempos ha llamado la atención de médicos, psicólogos y otros trabajadores de la salud y educación, debido a que se ha relacionado con diversas complicaciones obstétricas, con dificultades y limitaciones a nivel social y familiar y con diversos problemas a nivel psicológico. Una preocupación básica por las adolescentes embarazadas se refiere a que se considera que son jóvenes que presentan una serie de conflictos a nivel social, familiar y psicológico que en muchas ocasiones no son capaces de manejar o de afrontar y pueden generarles mayores dificultades familiares, de pareja o bien problemas en la relación con sus hijos.

El presente trabajo explora la relación que existe entre el nivel de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas y el estilo de afrontamiento que ellas utilizan. Se aplicó, a 41 mujeres entre 14 y 17 años de edad que estaban cursando el segundo trimestre de un primer embarazo sin complicaciones médicas, dos instrumentos: el inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) de Spilberger y Díaz (1975) normalizada por Morales y González (1990) y la escala de respuestas para afrontar sucesos importantes de Moos (1980); así mismo se realizó un registro de variables sociodemográficas, familiares y de uso de anticonceptivos. Posteriormente se realizó un análisis de las medidas de resumen para la descripción de la muestra, un análisis factorial para clasificar las respuestas de afrontamiento y los síntomas de ansiedad de las adolescentes y finalmente se realizó un análisis de correlación entre los factores de ambos instrumentos.

De acuerdo con los resultados observados en el presente estudio existe una estrecha relación entre la falta de uso de anticonceptivos y el embarazo en adolescentes. Así mismo, se observó que esta falta de uso de anticonceptivos se debe a ideas erróneas con respecto a la sexualidad y a que, para las adolescentes de este estudio, el embarazo parece ser uno de los principales proyectos de vida, ya que debido a su condición socioeconómica parecen no tener otras expectativas. También se encontró por un lado que estas adolescentes en general no presentan niveles significativos de ansiedad y por otro lado manifiestan una serie de problemas de pareja y familiares. Esto parece estar intimamente relacionado con el estilo de afrontamiento que utilizan para resolver sus problemas. A este respecto, se encontró que aquellas adolescentes que utilizan un estilo de afrontamiento dirigido a la búsqueda de apoyo social, a la solución del problema y al mejoramiento de su estado emocional presentan un nivel de ansiedad más bajo; mientras que aquellas adolescentes que presentan mayores niveles de ansiedad utilizan estilos de afrontamiento tendientes a evitar sus problemas.

□

PRIMERA PARTE:

ANTECEDENTES TEORICOS

ADOLESCENCIA

Hablar sobre la adolescencia implica, en primer lugar, definir este término, lo cual puede resultar complicado dada la dificultad que existe entre los autores para dar una definición precisa, en términos cronológicos, sobre este período. Una primera definición que podemos señalar sobre la adolescencia es que se trata de una palabra que, de acuerdo con López (1994), deriva de la voz latina *adolescere* y significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Otros autores como Papalia y Olds (1987, 1988), la definen como una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.

Sin embargo, la mayoría de las definiciones que existen sobre este período no consideran un límite cronológico preciso; ya que, de acuerdo con Papalia y Olds (1987, 1988), el inicio de la adolescencia varía entre los 10 y 13 años, mientras que su término se encuentra entre los 17 y 22 años de edad o más, dependiendo de características físicas o biológicas de cada sujeto y de la cultura en la que se desarrolla. González (1992), por su parte, menciona que en México se considera como inicio de la adolescencia la entrada al sistema de educación media básica (secundaria), a los 12 años aproximadamente, y como término la entrada a la edad adulta, esto es cuando se cumplen los 18 años de edad, es decir, la mayoría de edad. Cabe señalar, también, que este período es definido, no sólo por los límites cronológicos que abarca, sino además por la serie de características biológicas, sociales y psicológicas que exhiben los adolescentes. Estas características se revisaran a continuación en diferentes apartados.

CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS DE LA ADOLESCENCIA.

Desde el punto de vista biológico, señalan Sereno (1993), Rosas (1986) y García (1985), la adolescencia es definida en términos de los cambios endócrinos y físicos que sobrevienen desde la fecha del aumento durante el sueño de la hormona luteinizante (LH) y los primeros cambios físicos, hasta la etapa en que éstos cambios cesan y se llega a un nuevo estado uniforme; y refieren además que esta maduración física se completa a los 17 años de edad. De acuerdo con Lee (citado en García, 1985) dichos cambios hormonales se dividen en las siguientes seis etapas:

1) Etapa prepuberal avanzada. En esta etapa no han ocurrido cambios físicos, ni hormonales.

2) Pubertad muy temprana. En ésta no hay signos físicos de maduración sexual; durante el sueño hay aumento de la liberación de gonadotropinas y esteroides sexuales; y se advierte un aumento de secreción de esteroides sexuales suprarrenales.

3) Pubertad temprana. En ella continúa el aumento de gonadotropinas durante el sueño, se manifiesta la maduración sexual primaria (maduración de folículos, ovulos en la mujer y espermatozoides en el hombre) y secundaria (aumento de tejido adiposo, crecimiento de bello corporal, cambios en la voz y aumento de talla); aumentan las concentraciones de esteroides sexuales y puede existir aumento de la secreción de la hormona de crecimiento.

4) Pubertad media. Los cambios que ocurren en esta etapa son: aumento del desarrollo de las características sexuales; de la concentración de gonadotropinas y esteroides durante la vigilia; persistencia del aumento de éstas durante el sueño; y aumento en la liberación de hormona del crecimiento.

5) Pubertad avanzada. Durante la pubertad avanzada, ocurre la menarca, la capacidad reproductiva es casi completa al igual que la maduración, el aumento de la hormona gonadotrófica durante el sueño es máximo y alcanza sus mayores niveles la secreción de hormona del crecimiento.

6) Edad adulta. En ésta la maduración física es completa, desaparece el aumento en la secreción de gonadotropinas durante el sueño, el crecimiento físico es completo y se regula la actividad del sistema reproductor.

Estas modificaciones hormonales que se dan en la pubertad, influyen de una manera importante en la motivación y conducta sexual del adolescente; debido a que cada cambio hormonal genera en él diversas sensaciones, que le provocan ciertas inquietudes y lo llevan a preguntarse que es lo que está pasando con su propio cuerpo y sienten una gran necesidad de explorarlo y conocer más sobre su propia sexualidad. Este interés no se da en un solo sentido, sino que el adolescente también se percató de que ciertas conductas, por ejemplo el acercamiento o contacto físico con alguien de su sexo opuesto, generan en él una sensación placentera que lo lleva al mismo interés e inquietud hacia la exploración de su sexualidad. Además, tales modificaciones hormonales e intereses por la sexualidad actúan en un contexto psicosocial, que también determina de manera crucial la forma en que el adolescente se comportará sexualmente, ya que en ocasiones el ambiente social sobrestimula a los jóvenes en esta área y en ocasiones reprime la expresión de su sexualidad (López, 1994 y Salvatierra, 1989).

ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA.

Blos (1962) menciona que la adolescencia es la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confrontan al individuo. El objetivo principal de la adolescencia, señala Blos, es un segundo paso en la individuación, que conlleva un sentido de identidad. Para que pueda lograr esta formación de la identidad, el adolescente debe pasar por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada; en la que debe conocerse interna y externamente, desde la apariencia física, hasta las nuevas reacciones fisiológicas y sus impulsos sexuales, nuevos para él, y lograr definirse como lo que es y como una persona separada o independiente de la familia y de los padres.

Por su parte Erikson (1976) considera a la adolescencia un estadio del desarrollo psicosocial, es decir, una etapa en la que interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo y las demandas del medio social, para adaptarse a una nueva condición. Mencionando que no se trata de una crisis, sino una etapa normativa, es decir, una fase normal de conflicto acentuado que se caracteriza por una aparente fluctuación en la fortaleza interna y también por un alto potencial de crecimiento. Este autor nos menciona que la tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, resolver la cuestión "¿quién soy en realidad?".

Erikson (1970) describe a la búsqueda de identidad de los adolescentes en la quinta crisis del desarrollo psicosocial, la cual denomina identidad frente a confusión de roles. Este autor señala que los repentinos cambios corporales desconciertan a los jóvenes y los llevan a preguntarse que personas han sido hasta ahora y en quienes se están convirtiendo. Se preguntan "¿soy la misma persona que solía ser?" o "¿cómo seré a partir de ahora?" y tratan de descifrar su mayor preocupación, que es la de realizarse en la vida.

Por otro lado, Aberastury y Knobel (1970) consideran a la adolescencia como un período de la vida que tiene una expresión característica dentro del marco cultural-social en el cual se desarrolla. Además señalan que ante la situación social cambiante el adolescente, como un individuo con actitudes igualmente cambiantes, tiende a manejarse de una manera muy especial, expresando cierta sintomatología que integra el llamado "síndrome normal de la adolescencia". Dicho síndrome se caracteriza por los siguientes diez aspectos:

1) Búsqueda de sí mismo y de la identidad, el cual es el conocimiento de la individualidad biológica, psicológica y social; La identidad es la creación de un sentimiento interno de misinidad y continuidad, una unidad de la personalidad sentida por el individuo y reconocida por el otro, que es el saber quien soy yo. Esto incluye el logro de un autoconcepto que se va desarrollando a medida que el sujeto va cambiando y se va integrando con las concepciones que acerca de él mismo tienen muchas personas y a través de la asimilación de todos los valores que constituyen el ambiente social.

2) La tendencia grupal, que se refiere a la búsqueda de una uniformidad, a través de un proceso de identificación masiva en donde todos se identifican con todos, tratando de lograr una sensación de seguridad y de estima personal. En esta tendencia los adolescentes transfieren al grupo gran parte de la dependencia que anteriormente se mantenía con la familia y con los padres.

3) Necesidad de intelectualizar y fantasear, lo cual es una defensa ante la realidad externa que se le impone, como los cambios corporales y las exigencias de su medio social. Esa huida hacia el mundo interior le permite una especie de reajuste emocional, en el que la intelectualización lleva a una preocupación por los principios éticos y sociales, que muchas veces implica una formulación de un plan de vida y las posibilidades de reforma del mundo exterior.

4) Las crisis religiosas, las cuales se manifiestan como un ateísmo, misticismo exagerados o una fluctuación entre ambas tendencias, lo cual concuerda con toda la situación cambiante y fluctuante de su mundo interno. Estas tendencias en el adolescente surgen como un intento de solución, ante la búsqueda de una identificación positiva con imágenes idealizadas, que puedan asegurarle una sensación de seguridad y de identidad.

5) La desubicación temporal, que no es más que una ambigüedad en relación al tiempo y una dificultad para distinguir o discriminar el presente del pasado y futuro, así como la acción que el adolescente puede tener sobre éstos.

6) La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, lo cual se puede describir como un oscilar permanente entre la actividad de tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, en donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio, que la verdadera genitalidad procreativa, que sólo se da, con la correspondiente capacidad de asumir el rol procreativo y parental.

7) Actitud social reivindicatoria, que se refiere a un deseo intenso de modificar a la sociedad en que vive y a la que le encuentra múltiples defectos y constantemente crítica. El adolescente siente que sus ideas y fantasías podrían ser llevadas a la acción para reestructurar al mundo social en que vive; cuando esto sucede la personalidad del adolescente se fortalece, mientras que se debilita si sus ideales se ven frustrados.

8) Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta; esto es, una inestabilidad, que es el reflejo de una búsqueda constante de su propia identidad a través de ensayos entre diferentes tendencias conductuales.

9) Separación progresiva de los padres, lo cual es una de las tareas básicas concomitantes a la identidad del adolescente, que se favorece por el determinismo que los cambios biológicos le imponen y por las identificaciones que hagan con personas significativas o admiradas que no pertenezcan al ámbito familiar.

10) Constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo, que se ven matizadas por un sentimiento básico de ansiedad y depresión. Por un lado están las sensaciones de soledad, frustración, aburrimiento y desaliento que siente ante los intentos fallidos del logro de su identidad. Mientras que por otro lado están los activos intentos del logro de su identidad, que los lleva a involucrarse en actividades que le son placenteras y que les generan una intensa sensación de alegría y bienestar, aunque ésta resulta generalmente pasajera.

Hasta aquí, hemos visto que la adolescencia, como un estado del desarrollo psicosocial, implica una serie de respuestas emocionales y conductuales que pueden ir de lo pasivo a lo activo, pudiendo llegar a puntos extremadamente conflictivos. El hecho de que la adolescencia llegue a volverse un período conflictivo y patológico depende no solo de la forma en que el adolescente vive sus cambios y resuelve su crisis de identidad, sino también del ambiente social, cultural y familiar en el que se desenvuelve, ya que éste tiene un papel fundamental en la adecuada resolución de la crisis de identidad de los adolescentes.

CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES DE LA ADOLESCENCIA.

El logro de las exigencias psicosociales que deben cumplir los adolescentes, está matizado por una vida afectiva que se caracteriza por una serie de factores emocionales, tales como ambivalencia (Jeffrey y Jeffrey, 1991; López, 1994; Loosli-Ustari, 1982; y Blos, 1971) depresión (Lineberger, 1987; Friedman, Kaplan y Sadok, 1975; Blos, 1971; Loosli-Ustari, 1982; y Moos, 1986) y ansiedad (Videla, 1990; Craig, 1988; Aberastury, 1979 y De Anda, et al., 1991; Patterson y McCubbin, 1987; Jeffrey y Jeffrey, 1991; Moos, 1986; y López, 1994).

Una de las características emocionales que presentan los adolescentes es el aumento en la labilidad y vulnerabilidad emocional. Es decir, una gran facilidad para ser afectado por las circunstancias de la vida y para cambiar de estado de ánimo (Jeffrey y Jeffrey, 1991). Así pues, nos menciona López (1994), los adolescentes presentan una fluctuación entre varias tendencias contradictorias: por un lado, energía, exaltación, alegría exuberante, risas, euforia; y por otro lado, períodos de disforia, depresión, melancolía, indiferencia, letargo y desganado.

Loosli-Ustari (1982) nos dice que en ocasiones los adolescentes tienen una sobreestimación de sí mismos, mientras que en otros momentos sienten una desesperación e impotencia para realizar sus planes o las actividades que ellos desean. Por lo que en ocasiones se sienten capaces de cambiar al mundo y a veces se sienten incapaces de realizar cosas muy simples.

La ambivalencia, señala Blos (1971) se expresa, además, en una tendencia a preservar los privilegios de la infancia y gozar simultáneamente de las prerrogativas de la madurez. Es decir, el adolescente para ajustarse a su nueva condición, evoca todos los modos de conducta que jugaron

un papel importante durante los años previos de la infancia, mezclados con ensayos de conductas que presentan los adultos con los que se identifican. Lo que lleva a que se presente en los adolescentes un afanoso deseo de actuar como adultos, alternado con una dificultad para desprenderse de la infancia (Blos, 1971).

Por otro lado, uno de los estados de ánimo característicos de los adolescentes es la depresión, la cual aparece, de acuerdo con Lineberger (1987), en tanto se asimilan los nuevos cambios en la imagen corporal y se crea una identidad propia, con las expectativas personales y sociales que deben cumplir. Mientras que Friedman, Kaplan y Sadok (1975) nos dicen que la depresión en los adolescentes surge de las necesidades sexuales abrumadoras y de su deseo ambivalente de proximidad e independencia. Es decir, la depresión surge como una expresión de la vivencia interna de confusión que experimentan los adolescentes a partir de los cambios físicos y de las exigencias sociales que deben cumplir.

Friedman (1989) y Blos (1971) han observado que la depresión en los adolescentes conlleva un aislamiento, sentimientos de soledad y de carencia afectiva; los cuales se acompañan de un fuerte deseo de cercanía, que los puede llevar a involucrarse en relaciones sexuales no planeadas. Lineberger (1987) por su parte menciona que dicho estado emocional puede verse reflejado en el fracaso escolar y en la hiperactividad. Mientras que Friedman, Kaplan y Sadok (1975) refieren que la depresión frecuentemente se ve reflejada a través de conductas impulsivas, carentes de una planeación y previsión de las consecuencias que puedan tener en ellos mismos y en otras personas.

Loosli-Usteri (1982) señala que la depresión en los adolescentes se expresa mediante la agresividad, básicamente dentro del agrupamiento con sus congéneres, a través de actividades constructivas (como el deporte) o destructivas (como la delincuencia). Moos (1986) agrega a este respecto que la elección de la expresión de dicho estado de ánimo a través de conductas adaptativas o maladaptativas depende no sólo del adolescente, sino del contexto social en el que se desenvuelve.

Además de la depresión, existe otro estado emocional que caracteriza la vida afectiva de los adolescentes; dicho estado emocional es la ansiedad, la cual se manifiesta a través de una incertidumbre e inquietud emocional (Patterson y McCubbin, 1987). Loosli-Usteri (1982) y Friedman (1989) mencionan que la ansiedad se presenta debido a que en nuestra sociedad, es difícil proporcionar a los adolescentes ese cuadro de estabilidad y seguridad que necesitan para el desarrollo armónico en general y especialmente para disminuir su ansiedad. Ya que, aunada a la decadencia de los valores morales, existe el estereotipo de que los adolescentes son rebeldes e incontrolables y que no se puede hacer nada por ellos.

Esa incertidumbre se genera también porque los jóvenes reciben una serie de señales contradictorias. A la vez que se ven bombardeados por una variedad de mensajes, mediante la televisión, la telefonía, la música, revistas y otros medios, que los incitan a expresar su sexualidad; sus padres generalmente la reprimen ejerciendo el poder que ellos tienen como autoridad sobre sus hijos adolescentes (Loya, 1986). Es decir, se genera ansiedad cuando los deseos internos sexuales se ven obstaculizados por las demandas o exigencias externas, así como a la dificultad que tienen los adolescentes para enfrentar su propia sexualidad.

Erikson (1970) señala que durante el intento que hacen los adolescentes para definir su identidad, tienden a sentirse ansiosos y confusos y agrega que éstos estados pueden aparecer

reflejados en la dificultad que presentan algunos jóvenes en elegir una profesión, empleo o vocación; así como en el culto al héroe, en la impulsividad infantil o en la intolerancia hacia los demás, especialmente hacia los adultos.

Friedman, Kaplan y Sadock (1975) mencionan que la ansiedad en los adolescentes puede producirse a partir de niveles de aspiración inadecuados y por el esfuerzo que hacen para lograr alcanzar metas imposibles. Esto además genera que los adolescentes se consideren fracasados, se aislen y se preocupen más por sí mismos, que por la gente del mundo que les rodea. Estos autores también señalan que las presiones sociales provocan un elevado nivel de ansiedad en los adolescentes, ya que son forzados a actuar de determinada forma, a pesar de la capacidad interna que ellos poseen para integrar la experiencia pasada a la personalidad y poder tomar sus propias decisiones.

También Patterson y McCubbin (1986) encontraron que el alto nivel de ansiedad en los adolescentes puede surgir cuando las necesidades de éstos exceden o difieren de las exigencias de la familia o de la capacidad que poseen para adquirir nuevas habilidades y conocer las demandas familiares; lo que generalmente termina en un pobre ajuste, desequilibrio y un estado de confusión interna, que se puede ver reflejado en una dificultad para sobrellevar las demandas normativas de su vida; tales como el estudio, cumplir con un horario, auto-orientarse para el futuro, juzgar las consecuencias de la acción, etc.

Finalmente, Bernstein, Garfinkel y Hoberman (1989) encontraron que algunas situaciones que contribuyen al aumento de la ansiedad en los adolescentes son el incremento en el número de discusiones con los padres, problemas con algún hermano o con los compañeros de clases, reprobación un grado escolar, perder un amigo y terminar con un novio o novia. Así mismo, especifican que la ansiedad no se relaciona con algún evento en particular, sino con el incremento en el número de éstos.

Por otra parte, se han observado diferencias en las reacciones emocionales de los adolescentes dependiendo de su sexo, de la cultura o de las costumbres de la sociedad en que viven.

Por ejemplo, Bernstein, Garfinkel y Hoberman (1989) observaron diferencias en el nivel de ansiedad de los adolescentes en función de su sexo. Tales diferencias se refieren a que se presenta un mayor nivel de ansiedad en las chicas adolescentes que en los varones, el cual frecuentemente está asociado a ciertas características personales y familiares, tales como una enfermedad física, bajo rendimiento escolar, historias de abuso sexual o físico, uso de drogas o alcohol por parte de algún miembro de la familia e historias familiares relacionadas con depresión y atentados suicidas.

Moos (1986), por su parte menciona que en los adolescentes se han observado ciertas características psicológicas en función de su sexo y de la cultura en que se desarrollan. Mientras que en las mujeres se observa un gran sentimentalismo e idealismo, en los varones se presenta dominancia y racionalismo. Dichas características en las mujeres, las puede llevar a involucrarse emocionalmente en relaciones sexuales, limitando la gratificación corporal; mientras que en los varones esta situación generalmente es inversa.

Como hemos visto, la vida afectiva de los adolescentes está matizada por ciertas características muy específicas, como son la depresión, la ansiedad y la ambivalencia de

sentimientos, los cuales pueden presentarse en diferentes grados dependiendo de características personales (por ejemplo tipo de personalidad), familiares (por ejemplo, desintegración familiar o la actitud de los padres ante los cambios del adolescente) y culturales (por ejemplo, las características del barrio en el que se desenvuelve el adolescente). Estos dos últimos factores pueden facilitarle a los jóvenes el desarrollo de su identidad y con ello disminuir los síntomas de depresión y ansiedad; aunque también pueden complicarle esta tarea y con ello aumentar su estado de confusión interna, su depresión y ansiedad.

RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES.

A pesar de todos los factores emocionales que se han mencionado, la adolescencia no necesariamente es siempre un periodo de gran ansiedad y conflicto, sino que ciertos factores tales como el apoyo social y familiar, la cultura y clase social en que se desenvuelven, las características propias de la personalidad y eventos estresantes o traumáticos que hayan experimentado, influyen significativamente en la forma en que el adolescente se enfrenta a su nueva condición.

Moos (1986) menciona que la evaluación cognitiva de las situaciones a las que se enfrenta el adolescente, es decir, percibir su condición externa e interna como algo amenazante o como algo que puede ser controlado, depende de diversas variables mediadoras internas, tales como el locus de control, la autoestima y la impulsividad, y de variables mediadoras externas, como el apoyo familiar y social. Estos factores determinan las respuestas de enfrentamiento y las consecuencias sobre el estado emocional de los adolescentes.

El desarrollo de estrategias y respuestas conceptuales y prácticas para la solución de problemas es particularmente importante en los adolescentes, porque ellos se enfrentan con muchos estresores o tensiones y todavía no tienen desarrollado un repertorio de respuestas de afrontamiento, por lo que parte del proceso adolescente se refiere a la creación de tales estrategias (Moos, 1986 y Patterson y McCubbin, 1987).

El afrontamiento en los adolescentes no es simplemente un conocimiento que pueden adquirir en una materia, sino que involucra una instrumentación de las habilidades cognitivas, sociales y conductuales, que deben tener la suficiente flexibilidad para que les permita tener un comportamiento adecuado en las situaciones que contienen elementos de ambigüedad, impredecibilidad y estrés (Patterson y McCubbin, 1987).

Cada uno de los niveles de los sistemas en los que se encuentra inmerso un adolescente (familiar y social) está caracterizado por ciertas demandas (estresores y tensiones), que el adolescente trata de manejar con los recursos que cuenta él y los que le brinda su entorno (recursos tales como sus capacidades, habilidades, conductas de afrontamiento y apoyo social y familiar). En cada una de estas unidades el adolescente trata de llevar a cabo una adaptación mediante una serie de relaciones recíprocas. Este balance adaptativo se lleva a cabo cuando existe una discrepancia mínima entre las demandas y las capacidades para conocer y enfrentar las demandas (Patterson y McCubbin, 1987).

Algunos recursos importantes del sistema familiar que facilitan el manejo de las demandas estresantes incluyen la cohesión, flexibilidad, organización, comunicación entre padres y adolescentes y la capacidad de resolución de conflictos. Los recursos de la comunidad son los servicios médicos y de educación que ofrece, así como las redes de apoyo social que son

importantes para conocer directamente las necesidades de los miembros de la familia y de de los adolescentes, para lograr amortiguar o disminuir los efectos negativos que puedan tener los estresores y tensiones sobre ellos (Patterson y McCubbin, 1987).

En cierta forma, la ausencia de una clara comprensión de las demandas (por ejemplo, la experiencia de los cambios fisiológicos) o un mensaje poco claro y conflictivo para manejar algunas demandas (por ejemplo, la presión de los amigos para usar drogas, contra la presión de los padres de que no se usen) crea una ambigüedad y aumenta el desequilibrio entre las demandas y los recursos. El hecho de crear definiciones y valoraciones cognitivas significativas ante las situaciones es una de las funciones más importantes del afrontamiento (Patterson y McCubbin, 1987).

La intensa energía que caracteriza a los adolescentes para la actividad física y mental, se junta con una experiencia mínima para manejar las nuevas demandas sociales y familiares ante las que se tienen que enfrentar. Esto genera cierto estado de confusión que resulta en elevados niveles de estrés que para tratar de disminuir, el adolescente puede llegar a presentar conductas que les generen ciertas consecuencias, tales como el involucrarse en conductas adictivas o en actividades sexuales, sin una visión clara de las consecuencias de este tipo de conductas (Konopka, 1980, Patterson y McCubbin 1987; y Friedman, 1989). Esta forma de afrontamiento puede ser una fuente adicional de estrés, ya que los adolescentes pueden tener mayor vulnerabilidad hacia otras circunstancias estresantes, las cuales pueden añadir una carga de responsabilidad y grandes dificultades para ellos (por ejemplo, un embarazo temprano) (Patterson y McCubbin, 1987).

Patterson y McCubbin (1987) encontraron que los adolescentes adquieren sus conductas y estilos de afrontamiento de por lo menos cuatro diferentes fuentes: 1) experiencia previa en el manejo de situaciones estresantes similares; 2) asociación de experiencias vicarias que hayan logrado un éxito o fracaso en otros, especialmente miembros de la familia; 3) percepción de su propia fisiología, capacidades y habilidades; y 4) persuasión social, particularmente de los padres, compañeros y otras personas significativas.

Patterson y McCubbin (1987) diseñaron un inventario de estilos de afrontamiento para adolescentes y encontraron doce modelos de afrontamiento en ellos, a saber: 1) expresión de los sentimientos, tensiones y frustraciones, tales como gritos, culpar a otras personas y quejarse con los amigos o con la familia; 2) buscar diversiones y dedicarse a actividades relativamente sedentarias para escapar u olvidar la fuente de tensión y estrés, tales como dormir, ver televisión o leer; 3) desarrollo de autoconfianza y optimismo para lograr ser más organizados y pensar positivamente sobre lo que les está aconteciendo; 4) desarrollar apoyo social, para lograr establecer conexiones emocionales con otras gente a través de una reciprocidad en la solución de problemas y expresión de los afectos, por ejemplo, ayudar a otros a resolver sus problemas, hablar con sus amigos sobre sus propios sentimientos; 5) resolver problemas o dificultades con los miembros de la familia, por ejemplo, hablar con los padres y hermanos sobre lo que a ellos les molesta; 6) evitar los problemas a través del uso de sustancias como una vía de escape de las tensiones, por ejemplo, beber cerveza, fumar y evitar a las personas o a las cosas que les causan problemas, por ejemplo decirse que el problema no es importante; 7) buscar apoyo espiritual a través de conductas religiosas, por ejemplo rezar o hablar con el sacerdote; 8) buscar un amigo cercano o al novio; 9) buscar apoyo profesional para obtener ayuda y consejo sobre las dificultades que tienen en la solución de su problema; 10) realizar actividades demandantes para sobrepasar o llevar a cabo una meta, tales como una actividad física intensa o trabajar arduamente en la

escuela; 11) ser bromista, no tomando en serio la situación o bromeando para hacerla más ligera y 12) relajación para reducir la tensión, soñar despierto, escuchar música o leer.

Además, Patterson y McCubbin (1987) encontraron algunas diferencias entre los sexos en su estilo de afrontamiento. Observaron que las mujeres utilizan con mayor frecuencia el desarrollo de apoyo social, solución de problemas familiares, buscar un amigo cercano y desarrollar autoconfianza, lo cual involucra las relaciones con otras personas como un camino para afrontar sus problemas. Mientras que los hombres utilizan con una mayor frecuencia el ser bromistas y evitar los problemas a través del uso de sustancias. Esto refleja que las mujeres están más orientadas a la familia que los hombres y están más propensas a involucrarse en las relaciones interpersonales.

El estilo de afrontamiento más usado por ambos sexos es la relajación, el desarrollo de autoconfianza y de optimismo el cual incluye acciones directas para resolver sus problemas y tomar decisiones, así como valoraciones positivas de su situación. También buscar amigos cercanos es una conducta de afrontamiento usada frecuentemente por ambos sexos, seguida por la búsqueda de apoyo social. Hacer cosas que son demandantes, como deporte o trabajos escolares, se presenta con la misma frecuencia en ambos sexos (Patterson y McCubbin, 1987).

Las conductas de afrontamiento usadas con menor frecuencia en ambos sexos es la búsqueda de apoyo profesional y evitar los problemas. La expresión de sus sentimientos mediante el llanto y la auto-culpa son utilizados con igual frecuencia en los hombres que en las mujeres, lo que contradice la creencia general de que esta conducta es característica de las mujeres (Patterson y McCubbin, 1987).

Así pues, a los adolescentes ante la situación interna que viven, presentan una serie de conductas que les permiten manejar de una manera adaptativa sus conflictos internos y externos; aunque también pueden llegar a presentar conductas desadaptativas que pueden añadirles tensiones a su, ya de por sí, conflictiva situación. Estas conductas que presentan los adolescentes pueden ser reforzadas, positiva o negativamente por el medio social y familiar en el que se desenvuelven, lo que puede facilitarles el desarrollo de conductas de afrontamiento que les permitan un manejo de su situación de una forma adaptativa o desadaptativa.

Finalmente y a manera de resumen, mencionaremos que la etapa del desarrollo denominada adolescencia se caracteriza por ciertos factores biológicos bien definidos, que la limitan al periodo comprendido entre los 12 y 17 años de edad, aproximadamente. Aunque psicológica o socialmente, este periodo puede acortarse o extenderse varios años. Esto significa que en esta etapa del desarrollo la cultura, la sociedad, la clase social, la familia, la propia personalidad del adolescente pueden hacer que se presente durante dicho periodo una vida afectiva conflictiva o no. Sin embargo en general, esta etapa se caracteriza básicamente por una sensación de confusión, ansiedad, depresión y ambivalencia; que el adolescente maneja a través de conductas de afrontamiento, las cuales pueden ser adaptativas, es decir con mayores oportunidades de ajuste a su nueva condición, o pueden ser desadaptativas, generándole una serie de consecuencias negativas, como las que conlleva el involucrarse en relaciones sexuales o en el consumo de drogas sin prever las consecuencias que tales conductas les pueden generar.

□

EMBARAZO

El embarazo es el período que se extiende desde el encuentro de un célula masculina (espermatozoide) y una célula femenina (ovulo), dentro del útero de una mujer, hasta la interrupción de éste en un aborto o hasta el nacimiento de un niño capaz de vivir de una manera autónoma (Méndez, 1986).

De acuerdo con Russell (1989), Aldana y Atkin (1990), Watson y Lindgren (1979) el embarazo, especialmente el primero, es una crisis del desarrollo en la vida de toda mujer, ya que éste, como proceso biológico, pone a contribución las reservas físicas y emocionales de la mujer de un modo tal, que puede destruir, y muchas veces destruye, el equilibrio físico y emocional preexistente en la mujer. Así, la futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físico-biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan entre sí y alteran su estilo de vida. Debido a la complejidad de dichos cambios, se revisarán en diferentes apartados, a saber: biología del embarazo, aspectos sociales y aspectos emocionales del embarazo.

BIOLOGIA DEL EMBARAZO

Desde el momento de la penetración del espermatozoide, el óvulo fertilizado envía mensajes a las trompas de falopio, al útero, al ovario y a todo el organismo materno, para que el útero se prepare para la implantación del cigoto y se inicien una serie de cambios a nivel hormonal. Estos cambios hormonales influyen sobre la migración del cigoto, determinan el sincronismo en su llegada a la cavidad uterina, permiten su nidación y posteriormente son responsables de la progresión y desarrollo del embarazo. De esta manera se hace patente una interrelación entre los organismos materno-placenta-feto la cual asegura el progreso de la gestación en una forma sincrónica (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

Tan pronto como ocurre la fecundación, el cigoto empieza a dividirse y atraviesa la trompa de falopio con destino a la cavidad uterina, en donde queda flotando aproximadamente dos días al cabo de los cuales penetra al endometrio y es entonces cuando ocurre la nidación (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

Para que lo anterior se produzca en forma sincrónica es necesaria una serie de influencias hormonales permisivas que aparentemente están constituidas por los estrógenos y la progesterona producida por el cuerpo amarillo; el cual aumenta de volumen y recibe el nombre de cuerpo lúteo del embarazo. El cuerpo lúteo y el trofoblasto, y más tarde la placenta, secretan hormonas que circulan por todo el cuerpo y producen cambios en la estructura y fisiología de la madre (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

El blastocito, que se encuentra prácticamente flotando en la cavidad uterina y nutriendose del endometrio, está constituido por dos partes, una externa que es el trofoblasto, el cual rodea íntimamente a la otra estructura que es el embrión, existiendo una cavidad entre las dos que sólo se interrumpe en un punto de contacto. En el momento de la implantación el trofoblasto se ha diferenciado en dos tipos de células, una interna, el citotrofoblasto y otra externa que es el sinciotrofoblasto. Este último penetra en el endometrio, el cual a su vez forma una reacción presidual alrededor del trofoblasto y de esta manera se establece un intercambio vascular entre el feto y la madre (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

Aproximadamente siete días después de la fecundación, el trofoblasto inicia la producción de gonadotropina coriónica, la cual pasa de inmediato a la circulación materna y aparentemente va a actuar sobre el cuerpo amarillo para prolongar su función y asegurar así la continuación del embarazo (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

En la sexta semana del embarazo se desarrolla la zona fetal de la corteza suprarrenal del feto, lo cual marca el inicio de una esteroidogénesis importante; paulatinamente se van desarrollando sistemas enzimáticos, tanto en la placenta como en el feto y de esta manera se establece la producción hormonal feto-placentaria (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

Así pues, la placenta por sí sola es capaz de producir hormonas proteicas desde etapas tempranas del embarazo, estas hormonas, de acuerdo con Zárate, MacGregor y Castelazo (1973), son: a) gonadotropina corionica, b) lactógeno placentario y c) la tirotropina placentaria.

La gonadotropina coriónica se asocia con el sostenimiento del cuerpo amarillo en el inicio de la gestación y, debido a su persistente presencia, aparece en la orina en fase muy precoz del embarazo. Poco tiempo después la concentración de ésta disminuye y se mantiene hasta el momento del parto y también provoca el aumento de la esteroidogénesis luteínica (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

El lactógeno placentario se relaciona con el metabolismo de los carbohidratos y de las grasas maternas y con el desarrollo placentario. Sus acciones, de una manera más específica, están encaminadas hacia: a) el aumento en resistencia frente a la insulina endógena y exógena; b) la elevación de la insulina circulante, aumento de la respuesta de la insulina frente a una sobrecarga de glucosa; c) la retención de nitrógeno; d) el crecimiento mamario e iniciación de la fase de lactancia; e) el posible transporte activo de aminoácidos y ácidos grasos a través de la placenta y f) el posible mantenimiento del cuerpo lúteo del embarazo (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

Finalmente, la tirotropina placentaria es responsable de algunos cambios en la función tiroidea observados en el embarazo (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

También durante el embarazo se producen grandes cantidades de hormonas esteroideas, las cuales son sintetizadas en un esfuerzo colaborado entre el feto y la placenta (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

La placenta es capaz de secretar grandes cantidades de hormonas esteroideas que pasan directamente a la circulación e influyen en las funciones endócrinas tanto de la madre como del feto. A su vez, los precursores esteroideos originados en la madre y en el feto pasan a la placenta en donde son convertidos a compuestos hormonales activos y estos a su vez son vertidos nuevamente en la circulación para que al llegar a la madre y al feto sean otra vez convertidos en metabolitos hormonales. En esta unidad se producen dos tipos de esteroideos: 1) neutros, entre los que se encuentran la progesterona y los andrógenos y 2) estrógenos, tales como el estriol, la estrona y el estradiol (Zárate, MacGregor y Castelazo, 1973).

La producción de grandes cantidades de estrógenos y progesterona es indudablemente necesaria para el mantenimiento del embarazo. La acción de ambas está encaminada a la preparación del endometrio para la anidación y mantenimiento del implante; al control sobre las funciones hipofisarias y ováricas maternas; a la adaptación metabólica materna; a la preparación

para la lactancia; a la modulación del crecimiento uterino, acomodación, tono miométrial y contractilidad; y tiene una participación en el desencadenamiento del parto (Zarate, MacGregor y Castelazo, 1973).

La placenta, que es un órgano endocrino de origen fetal, además de la producción de hormonas, tiene otras funciones que son de suma importancia para que el embarazo se desarrolle adecuadamente. En general son cuatro funciones las que se le han atribuido: 1) Una función respiratoria, que involucra un adecuado suministro de oxígeno; 2) Una función nutritiva o un suministro abundante de carbohidratos, esencial para una producción de energía fetal; 3) Una función hormonal que involucran al lactógeno placentario humano, a la gonadotropina coriónica humana, la progesterona y los estrógenos (descritas anteriormente); y 4) la función de barrera aunque ciertas infecciones frecuentes pueden atravesar la supuesta barrera placentaria y afectar al feto en utero (viruela, rubéola, varicela, poliomielitis) (Zarate, MacGregor y Castelazo, 1973).

En general, durante el embarazo, a nivel biológico, ocurren diversos cambios a nivel endócrino, hormonal y funcional, que al interrelacionarse hacen posible que el embarazo transcurra de una forma sincrónica.

CARACTERISTICAS DEL EMBARAZO POR TRIMESTRE

El primer trimestre

En la mayoría de las ocasiones, la mujer ignora que está en cinta hasta el final del primer mes. Las dos primeras semanas de desarrollo del huevo transcurren antes de la fecha en que hubiera tenido que producirse la menstruación. En el segundo mes la futura madre sospecha que está embarazada; además del retraso menstrual, nota con cierta frecuencia fenómenos poco habituales en ella: tiene náuseas al despertarse y sus digestiones son molestas; en ocasiones presenta vómitos; se siente cansada; dormita durante el día; sus periodos de sueño aumentan; sus senos aumentan de volumen y los siente tensos. Pero no se sabe muy bien por que se producen tales fenómenos, aunque reflejan las consecuencias de la inserción del óvulo fecundado en la matriz. Dichos síntomas generalmente confirman el embarazo y pueden presentarse en alto grado o pueden faltar por completo, sin que el embarazo deje de ser totalmente normal (Archundia, 1981, Soifer, 1977 y Deutah, citado por Méndez, 1986). Es decir, durante el primer trimestre la mujer no tiene una vivencia objetiva del producto; el diagnóstico médico de embarazo es aceptado intelectualmente por parte de la mujer, pero queda la duda de si realmente está embarazada.

El segundo trimestre.

El segundo trimestre se caracteriza por la presencia de signos más observables del embarazo y generalmente desaparecen algunos síntomas físicos que se habían presentado en el primer trimestre. En esta etapa se perciben los primeros signos de vida de su bebé: el niño se mueve dentro del vientre de la madre y ésta capta sus movimientos, que son como pequeñas ondas leves o golpecitos; estos pequeños movimientos hacen que la madre considere al feto como un individuo distinto de sí misma y empiece a establecer una relación con él, teniendo ya la certeza de que está embarazada y de que próximamente será madre (Deutah citado por Méndez, 1986; Soifer, 1977; Everly, 1989).

El tercer trimestre.

Durante el tercer trimestre las molestias físicas se incrementan nuevamente pero se manifiestan en una forma diferente. Durante este trimestre, el feto ya está completamente formado y sólo concluye su maduración y desarrollo físico dentro de la matriz, el vientre materno aumenta de tamaño cada día y la madre presenta cierta pesadez, hinchazón en las piernas y dificultades para realizar ciertas actividades que antes hacía con facilidad. Todas estas molestias que presenta la madre, entre otras que dependen de características personales, le dan la certeza de la proximidad del trabajo de parto y de la responsabilidad que, como madre, adquirirá al nacer su hijo (Deutah, citado por Méndez, 1986; Soifer, 1977; Everly, 1989).

ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO

Salvatierra (1989) menciona que el embarazo es un estadio del desarrollo psicosocial que involucra el cumplimiento de diversos objetivos psicológicos y sociales. De acuerdo con este autor, tales objetivos representan el cumplimiento de tareas muy específicas relacionadas con la maternidad y maternaje, en la que se distinguen tres componentes: 1) la aceptación del embarazo, no sólo a nivel intelectual, sino también emocional; 2) la adaptación al papel materno; y 3) la relación madre-hijo. Los cuales pueden describirse como una actitud positiva e interactiva con el feto que es la base de la futura relación afectiva con el hijo.

Aunque el cumplimiento de estos objetivos por parte de la mujer embarazada sería la situación ideal, tanto para la madre como para el futuro hijo, esta situación no siempre es tan favorable; ya que la madre frecuentemente encuentra dificultades para adaptarse a su embarazo y a nuevo papel como madre.

Por ejemplo, Barclay y Barclay (1975) y Genuch (1984) mencionan algunos factores que influyen negativamente en la adaptación de la mujer hacia la maternidad, estos son: el rechazo de los cambios que necesitará hacer la mujer embarazada al nacimiento de su hijo en varios aspectos de su vida, tales como dedicarse al hogar y al cuidado del hijo, cuando desean continuar con su desempeño profesional o escolar; y ver al niño como un medio para eludir la situación familiar o social intolerable.

Mientras que Billings y Moos (1981) señalan que la adaptación de la mujer a la maternidad y maternaje dependen de la deseabilidad de éste evento y del ajuste que requiere por parte de la madre. Agregando que el embarazo puede llegar a afectar el funcionamiento social de la madre, cuando es vivido como un evento no deseado.

Otra parte importante en la adaptación, aceptación y ligazón de la madre hacia su gravidez es el apoyo que recibe por parte de su entorno social. A este respecto Soifer (1977) nos dice que tanto el compañero, como los familiares cercanos a la mujer, acompañan a la mujer en su proceso psicológico de adaptación y agrega que la actitud del esposo ante el embarazo y frente a la mujer son factores muy importantes para que ésta se adapte a su nueva condición.

De acuerdo con Parks (1957) la adaptación psicosocial a la maternidad se basan en la aceptación o repulsión al niño, y los ha clasificado del siguiente modo: 1) embarazo deseado; 2) embarazo no deseado pero aceptado; 3) embarazo a disgusto; y 4) embarazo en solteras.

En los embarazos deseados, las pacientes se interesan primordialmente por las modificaciones fisiológicas, tienen sensación de éxito, piensan confiadamente en la maternidad que se avocina y se preparan en todos los sentidos para desempeñar su función de madres del mejor modo posible Parks (1957).

En el embarazo no deseado pero aceptado, el interés de la mujer se centra primordialmente en sí misma. El embarazo es un hecho, pero no responde a un deseo, por lo que son comunes los síntomas de frustración y la necesidad de que los demás le brinden mayores atenciones y le cumplan caprichos, tales como un apetito devorador, antojos y excesos de todas clases. En esta clase de mujeres es frecuentemente que se presente miedo al dolor, a la muerte, a cambios desfavorables en su físico, a perder el esposo, a la incapacidad anatómica y a perjuicios económicos, así como dificultad para adaptarse a la maternidad, acompañado todo ello de cierto grado de indiferencia respecto al proceso del embarazo en conjunto Parks (1957).

En el embarazo a disgusto la esposa se considera poco responsable del embarazo y culpa al marido por éste. Experimenta remordimiento y sentimientos de culpabilidad. Su abatimiento puede ser tan pronunciado que las impulsa a actos de violencia, especialmente al suicidio y al aborto, para huir de la realidad del embarazo Parks (1957).

En las madres solteras frecuentemente se observa una sensación de soledad y una avidez emocional. La maternidad ilegítima genera frecuentemente una desadaptación a nivel familiar y social, ya que se generen discusiones y reproches en la familia, en la pareja, etc. También se ha observado que este tipo de mujeres tienen dificultades para adaptarse a la maternidad, ya que generalmente hay un rechazo y abuso físico y emocional hacia el niño, lo que es interpretado por Parks (1957), como una forma de descargar los sentimientos de rechazo que vivió por parte de la familia y su pareja, pero en especial de los padres.

Así pues, con respecto a los aspectos sociales del embarazo hemos visto que, para que la mujer logre una adecuada adaptación a su nuevo rol como madre, deben existir ciertas condiciones psicológicas, tales como la planeación del embarazo, el deseo de ser madre, entre otras; además de que deben existir determinadas condiciones externas en su ámbito social, como el apoyo social que recibe por parte de su compañero o de su familia, lo cual influye de manera importante en la relación de la diada madre-hijo.

ESTADO EMOCIONAL DE LA MUJER EMBARAZADA

El embarazo, como uno de los eventos más importantes en la vida de toda mujer, con sus correspondientes cambios fisiológicos y la anticipación de los cambios en el estilo de vida por la maternidad que se les aproxima, es un período que ha sido caracterizado por diversos componentes emocionales, tales como ambivalencia (Fernández y Aroelus, 1988 y Salvatierra, 1989), depresión (González, Morales y Gutiérrez, 1991; Everly, 1989 y Lips, 1982) y ansiedad (Soifer, 1977; Reading, 1983; De Anda y colaboradores, 1992; Salvatierra, 1989; Valderrama, 1988; Standley, Soule y Copans, 1979; Zarco, 1990; Archundia, 1981; Mercer y Ferketich, 1988; y Lips, 1982).

Con respecto a la ambivalencia Salvatierra (1989) menciona que por un lado la mujer embarazada tiene un profundo deseo de un hijo, ya que es el objetivo cumbre de toda mujer, y por

otro lado un sentimiento de rechazo hacia el hijo. Es decir la ambivalencia se refiere a una sensación de conflicto, centrado alrededor de la aceptación o rechazo de la gestación, independientemente de si fue planeada o no.

Salvatierra (1989) también nos dice que la mujer embarazada presenta ambivalencia con respecto a la percepción que ella tiene sobre su hijo; ya que, en ocasiones la mujer embarazada piensa que su hijo será un futuro héroe y a veces piensa que será un enfermo o un monstruo. Así mismo, este autor señala que en general, la ambivalencia tiene su origen en el intenso deseo infantil de ser madre que se junta con el temor a la maternidad, ya que se trata de un evento cuyo resultado es impredecible o ambiguo. Finalmente, señala Salvatierra, que la ambivalencia puede ser condicionada de forma importante por demandas sociales; por ejemplo, el hecho de que la pareja tome una actitud negativa ante el embarazo o la situación económica en la que se encuentra, las creencias religiosas, etc, pueden hacer que la mujer tenga una ambivalencia con respecto a su maternidad.

Por otra parte, Fernández y Arcelus (1988) mencionan que la ambivalencia se refiere a una serie de sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo, tales como una sensación de satisfacción por que se está embarazada mezclada con frustración por las limitaciones que surgen con el maternaje; además de otros sentimientos ambivalentes como amor-odio, dependencia-independencia, cercanía-distancia, los cuales no sólo están dirigidos hacia el hijo, sino además hacia la pareja y hacia la madre de la mujer embarazada.

Otro estado emocional que presentan las mujeres embarazadas, es la depresión, la cual ha sido observada por diferentes autores (tales como González y Morales, 1993; González, Morales y Gutierrez, 1991; Everly, 1989; Lips, 1982; entre otros). Estos investigadores mencionan que las mujeres embarazadas presentan altos niveles de depresión, los cuales se manifiestan mediante síntomas físicos (como pesadez, insomnio, etc.), introversión, aislamiento, sentimientos de inferioridad y de ser incomprendidas. Mientras que Deutah (citado por Méndez, 1986) menciona que la depresión en las mujeres embarazadas se expresa a través del llanto, sensaciones de cansancio, irritabilidad y de exigencias hacia la pareja. También, González y Morales (1993) señalan que la depresión durante el embarazo puede ser un síntoma pasajero o bien tomar características patológicas, con severas consecuencias en el embarazo, aunque esto generalmente depende de las características propias del embarazo y de la personalidad de la mujer embarazada.

Por otro lado, diversos autores (Soifer, 1977; De Anda y colaboradores, 1992; Reading, 1983, Salvatierra, 1989; y Lips, 1982) mencionan que una de las características que mejor definen el estado emocional de la mujer embarazada es la ansiedad, la cual se presenta, de acuerdo con De Anda y colaboradores (1992), independientemente de las condiciones internas y externas, biológicas y psicológicas en las que se da el embarazo.

Algunos autores (Soifer, 1977 y Bibring, 1961) han determinado los periodos en los que se ve aumentada la ansiedad durante el embarazo. Soifer (1977), por ejemplo, hace una clasificación muy amplia de los periodos en los que se ve aumentada la ansiedad en las mujeres embarazadas, estos periodos son:

- a) En el comienzo de la gestación;
- b) Durante la formación de la placenta;
- c) Antes de la percepción de los movimientos fetales (3 y medio meses);
- d) Por la instalación franca de los movimientos (5 meses);

- e) Por la versión interna (6 y medio meses en adelante);
- f) El comienzo del noveno mes;
- g) Los últimos días antes del parto.

a) La situación psicológica en el comienzo de la gestación.

La primera sospecha de estado de embarazo recae sobre una serie de síntomas que produce cierta inquietud: la hipersomnia, las náuseas y los vómitos. Estos síntomas se generan, según Soifer (1977), por la percepción inconsciente de los cambios orgánicos y hormonales y por la sospecha del embarazo.

Al comienzo de la gestación la mujer se halla en un estado de introversión y desconcierto, lo que se une a las ansiedades de la falta menstrual, dando lugar a una interrogante o a la negación, las cuales obedecen a un conflicto entre una tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo).

Otro aspecto de la ansiedad, es el temor a no ser capaz de dar a luz y criar un niño. Este temor se basa por un lado, en el temor al hijo en general, a ese desconocido que recién se verá al cabo del embarazo, y en forma especial en el desarraigo cultural con respecto a los conocimientos de crianza. Otro factor dentro de esa ansiedad es el temor derivado de la situación económica, cuando ésta es realmente precaria, pueden generarse ansiedades exageradas con respecto a la crianza del hijo.

b) Ansiedades del segundo y tercer mes. Formación de la placenta.

En esta época, a la sintomatología de las náuseas y vómitos que en algunos casos se incrementa, se añade la diarrea o el estreñimiento. Ambas disfunciones arduan mucho, dado que la embarazada acostumbra asociarlas conscientemente al peligro de aborto y son generadoras de un alto grado de ansiedad en la mujer embarazada.

c) La percepción de los movimientos fetales.

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir de los cuatro meses, lo cual corresponde, en la evolución fetal, a la aparición de la motilidad. Este suceso hace que la mujer pase de la negación a la percepción real y consciente del embarazo.

Algunas mujeres distorsionan la percepción de los movimientos, a través de fantasías que son la expresión de un profundo estado de ansiedad, común a todas las embarazadas. El temor con respecto al hijo en sí mismo aparece debido a que éste se vive como un desconocido, un ser cuyo sexo, forma, característica, etc. son una incógnita y existe la angustia y la expectativa de cómo será. Junto con este temor está el miedo a la responsabilidad asumida, que ahora, frente al vientro ya desarrollado, adquiere características de hecho concreto.

d) Ansiedades debidas a la instalación franca de los movimientos (quinto mes en adelante).

La instalación franca de los movimientos a partir del sexto mes va acompañada de una mayor percepción de las contracciones uterinas fisiológicas del embarazo. Las mujeres refieren que el vientre se les pone duro de a momentos y después se afloja. Ambas situaciones producen siempre un nuevo acceso de ansiedad.

e) Ansiedades producidas por la versión interna.

Del séptimo mes en adelante los movimientos fetales producen una visión interna, de como el niño empieza a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal uterino, preparándose para el parto. La percepción de estos movimientos uterinos y fetales provoca una intensa crisis de ansiedad, totalmente inconsciente, que puede traducirse en diversas manifestaciones psíquicas y somáticas.

f) Ansiedades del comienzo del noveno mes.

Ante la proximidad del parto se presenta una incertidumbre, en cuanto a la fecha de cuando será el parto, que expresan las incógnitas de cómo será el parto, cómo será la criatura, cual será su sexo, cómo resultara su crianza, etc. El temor a la muerte en el parto se vuelve muy intenso, aunque por lo general es un temor inconsciente. Esta crisis de ansiedad puede expresarse con el parto anticipado o con distintas somatizaciones y con diferentes crisis de angustia.

Aunque la clasificación que nos brinda Siofer (1977) sobre los periodos en los que se ve aumentada la ansiedad es muy amplia, también resulta ser en cierta forma subjetiva. Sin embargo, otros autores como Hirst (citado por Méndez, 1986) nos menciona que la ansiedad que presentan las mujeres embarazadas se generan a partir de: 1) el miedo a que el niño sea débil, mental o nazca con alguna anomalía; 2) miedo a que se muera el niño; 3) miedo de las relaciones sexuales: a) al efecto que puede causarle al esposo si se suspenden y b) al efecto que pueden ocasionarle al hijo si se continúan; 4) miedo del parto, por los sufrimientos y lesiones que le puedan originar; 5) miedo de perder su línea o figura y; 6) el miedo a la responsabilidad de criar y educar al hijo.

La preocupación básica por los niveles de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas, reside en que ésta se ha visto asociada con diversas complicaciones en lo que se refiere a la salud bio-psico-social materna y fetal. Algunos autores, como Reading (1983), Salvatierra (1989) y Lips (1982), entre otros, han observado que los altos niveles de ansiedad pueden explicar una serie de perturbaciones que repercuten sobre el resultado perinatal, tales perturbaciones se refieren a:

- Síntomas físicos, como náuseas, vómitos, vértigos, desmayos, dificultad en la conciliación del sueño, palpitaciones, dolores de espalda, mala postura y fatiga; así como gripes agudas, diarreas, constipación, calambres, etc.

- Aborto espontáneo.

- Incremento en la presión sanguínea, lo cual provoca un decremento en el flujo sanguíneo uterino y puede aumentar el riesgo de una consecuente asfixia fetal o una disminución en la oxigenación fetal.

- Retrazo en el crecimiento fetal y malnutrición fetal.
- Parto prematuro, rotura prematura de membranas y distocia hipertónica.
- Infecciones.
- Prolongación del embarazo y distocia hipotónica.
- Una puntuación de apgar bajo en el niño.
- Trabajo de parto prolongado.
- Problemas de alimentación, adicción.
- Rechazo de ayuda médica y social.
- Mala adaptación al papel materno.

Otras manifestaciones de la ansiedad en las mujeres embarazadas, que fueron encontradas por Lips (1982) son:

- Dificultad en la concentración.
- Decremento en el rendimiento en las actividades cotidianas (laborales, escolares o domésticas).
- Disminución en la coordinación motora.
- Aumento excesivo de peso, sentimiento de pesadez o de sentirse poco atractivas.

Aunque la ansiedad es considerada por diversos autores (Mercer y Ferketich, 1988; Reading, 1983; Hirst, citado por Méndez, 1986, entre otros) como la característica emocional que mejor define a las mujeres embarazadas, se han observado resultados contradictorios en poblaciones mexicanas. Por ejemplo, Valderrama (1988) evaluó el nivel de ansiedad en mujeres embarazadas utilizando el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) encontrando, en una muestra de 100 mujeres entre 20 y 35 años con un embarazo sin complicaciones en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que el embarazo de curso normal no promueve en la mujer embarazada modificaciones en el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado, ya que éste se presenta dentro de un patrón de normalidad, sin llegar a niveles significativos. Estos mismos resultados fueron encontrados por Zarco (1990) y Archundia (1981), quienes además observaron que entre las mujeres primigestas y multigestas no existen diferencias en cuanto al nivel de ansiedad en poblaciones mexicanas.

Diversos autores (Salvatierra, 1989; Everly, 1989; Barclay y Barclay, 1975; Lips, 1982; Standley, Soule y Copans, 1979; Mercer y Ferketich, 1988) han observado ciertas características que pueden estar relacionadas con el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas.

Por ejemplo, Salvatierra (1989) y Standley, Soule y Copans (1979) mencionan que algunas de las características sociodemográficas pueden influir en el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas, dichas características se refieren a la edad (las mujeres más jóvenes presentan un nivel de ansiedad mayor), escolaridad (las que tienen menor educación presentan mayor ansiedad) y su preparación para el parto (las que tienen una preparación psicoprofiláctica presentan menor ansiedad). Estos autores también señalan que la ansiedad que presentan las mujeres embarazadas, se genera por la preocupación que tiene por su aspecto físico, el bienestar fetal, el parto, los cuidados del niño y la lactancia.

Otro autor, Lips (1982), observó que el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas está relacionado con sus ideas sobre el embarazo y su cultura. Este investigador

menciona que las mujeres con prejuicios y falsas expectativas con respecto al parto presentan mayor ansiedad, debido a que culturalmente al embarazo se le atribuyen una serie de síntomas físicos y emocionales.

Mientras que Barclay y Barclay (1975) encontraron que el estado de ansiedad está íntimamente relacionado con las actitudes y la angustia que existe antes del embarazo, ya que el nivel de ansiedad con respecto al embarazo no se ve alterado cuando se valora antes del embarazo y durante el segundo trimestre de éste. Por su parte, Everly (1989) señala que el nivel de ansiedad que presentan esas mujeres está relacionado con el trimestre que se encuentran cursando y el número de embarazo; ya que, durante el primer y tercer trimestre de embarazo se ve aumentada la ansiedad, al igual que en las primíparas.

Por otro lado, Mercer y Ferketich (1988) mencionan que el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas depende, por un lado, de la autoestima y del apoyo social que reciben de su esposo; y por otro lado, del tipo de embarazo, es decir, si se trata de un embarazo de alto o bajo riesgo. Mencionando, que aquellas mujeres que presentan un embarazo de alto riesgo presentan mayores niveles de ansiedad que las mujeres que tienen un embarazo normal; y que aquellas mujeres embarazadas que reciben apoyo social presentan menor nivel de ansiedad que las mujeres que no lo reciben.

Reading (1983) menciona que existen una serie de factores que determinan el nivel de ansiedad que presenta una mujer embarazada. Estos factores incluyen: 1) la ansiedad rasgo, que se refiere a la predisposición para reaccionar ante el estrés y percibir a los eventos como amenazantes; 2) actitudes sobre el embarazo, que no son uniformemente positivas y las actitudes negativas pueden ampliar el impacto de eventos estresantes; 3) diferencias individuales en la percepción y valoración del estrés; 4) la valoración del nivel de apoyo psicosocial con el que cuenta la mujer; 5) diferencias individuales en la percepción del nivel de preparación y de los recursos de afrontamiento en el manejo de la ansiedad, así como la efectividad de tales estrategias de afrontamiento.

Por su parte, Salvatierra (1989) señala que los recursos con los que cuenta la mujer embarazada son determinantes en el nivel de ansiedad que ellas presentan. Estos recursos incluyen la capacidad física, la salud previa y actual; recursos materiales, como el dinero, la vivienda y la ayuda doméstica; y los recursos psicológicos, como la habilidad para resolver problemas y las habilidades sociales.

Finalmente, González y colaboradores (1991) encontraron, en una muestra de 297 mujeres embarazadas entre 13 y 44 años que eran atendidas en el INPer, que aquellas mujeres que presentaban menos síntomas emocionales (tales como ansiedad, depresión, irritabilidad, síntomas físicos, entre otros) utilizaban estilos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema y a la regulación afectiva. Mientras que las mujeres que mostraban un mayor número de síntomas emocionales y requerían de un tratamiento psicológico utilizaban sólo el afrontamiento dirigido a la descarga emocional.

Así pues, el nivel de ansiedad que presentan las mujeres embarazadas, está determinado por una serie de factores internos (por ejemplo, la ansiedad rasgo, las habilidades de afrontamiento que utiliza la mujer embarazada, entre otros) y externos (como los recursos económicos, el apoyo social, familiar y de la pareja), los cuales también pueden estar relacionados con la presencia de complicaciones durante el embarazo y el parto. Lo que nos habla de la

importancia de explorar, valorar y manejar los niveles de ansiedad que presenta la mujer embarazada, así como los posibles factores que la pueden incrementar.

A lo largo de este capítulo hemos visto que el embarazo es un proceso que involucra factores biológicos, sociales y psicológicos, los cuales están íntimamente relacionados. Por ejemplo, el estado emocional que presenta una mujer embarazada (es decir, el hecho de que se encuentre deprimida o ansiosa) puede deberse a que su embarazo es de alto riesgo, a la falta de apoyo familiar o de pareja o bien a la simple cercanía del parto. A su vez, este estado emocional puede repercutir sobre la salud de la mujer embarazada y llegar a provocar un parto prematuro o alguna otra complicación perinatal, además que puede generar en la mujer una mala adaptación a su papel como madre. Es por esto que para conocer el estado emocional de la mujer embarazada o su salud física y emocional debemos considerar también algunos factores sociales y biológicos que pueden estar influyendo en ella.

□

ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Una estadística realizada en América Latina y el Caribe en 1989 sobre mujeres que han dado a luz y cuyas edades son menos de 20 años, indica que entre el 20 y 30% de los nacimientos que ocurrieron en ese año fué de mujeres en edad adolescente (Russell-Brown, 1989). Por su parte, Welti (1989) menciona que en México, en ese mismo año, el 40% del total de mujeres se convirtieron en madres durante la adolescencia.

De acuerdo con el censo nacional de población y vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 1990, en México los adolescentes o la población entre 12 y 19 años representaban el 27.9% de la población total y el 6.5% de éstos adolescentes ya tenían uno o más hijos cuando se realizó la encuesta. En el Distrito Federal el 5.0%, es decir, 38 331 mujeres, de la población del mismo grupo de edad tiene uno o más hijos. Esto nos indica una alta tasa de fecundidad aún tratándose de la ciudad de México, en donde se considera que la educación sexual y los servicios de planificación de la fecundidad son más accesibles que en el resto de la República Mexicana.

Russell-Brown (1989), entre otros autores, menciona que las altas tasas de fecundidad que existen en América Latina y específicamente en México, pueden atribuirse a diversos factores, tales como: el inicio temprano de las relaciones sexuales, la baja incidencia en el uso de métodos anticonceptivos, determinados factores sociales y emocionales, entre otros. Estas causas del embarazo adolescente las revisaremos a continuación con mayor detalle, para luego analizar las consecuencias, las características emocionales del embarazo en adolescentes y sus respuestas de afrontamiento ante su situación de embarazo.

CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

El inicio temprano de las relaciones sexuales.

McCullough y Scherman (1991) nos dicen que una causa lógica del embarazo en las adolescentes es que actualmente ellas tienen más experiencias sexuales que las adolescente de generaciones anteriores y que su primer relación sexual ocurre en edades más tempranas.

Mientras que Loya (1986) menciona que la razón que probablemente justifique la actividad sexual de las adolescentes de 12 a 18 años, es el hecho del constante contacto con jóvenes de su misma edad (por razones escolares) y que dicho acercamiento generalmente propicia las relaciones sexuales; además, menciona Loya (1986), que de los 12 años en adelante se inicia la inclinación por el sexo opuesto y se empiezan a tener citas con compañeros de otro sexo; lo cual proporciona un contacto muy prolongado entre adolescentes y hace difícil la evitación de actividades sexuales sin tomar precauciones anticonceptivas, lo que hace que la probabilidad de un embarazo sea mayor.

Black y Deblasse (1985) por su parte señalan que el embarazo en las adolescentes no es la consecuencia de una relación transitoria o casual, ya que generalmente, la adolescente y su pareja se conocen uno al otro y los fuertes lazos sentimentales que los unen los llevan a tener relaciones sexuales.

Friedman (1989) por su parte, señala que la iniciación de la actividad sexual en las adolescentes se da porque estas son frecuentemente utilizadas sexualmente por gente mayor de edad, dada su inexperiencia, su menor conocimiento de las consecuencias del comportamiento sexual y su dependencia del apoyo de otras personas.

En un estudio realizado por McCullough y Scherman (1991) se encontró que las razones más frecuentes que dan las adolescentes para tener actividad sexual, en orden de importancia, son la curiosidad, la presión por parte de la pareja, la inhabilidad para decir no, los sentimientos de amor hacia la pareja y estar bajo la influencia del alcohol.

Por otro lado, un estudio realizado por Koyle y colaboradores en 1989 (citado por McCullough y Scherman, 1991) indica que una temprana iniciación de la actividad sexual correlaciona positivamente con mayores riesgos en la salud (enfermedades de transmisión sexual) y con una promiscuidad sexual posterior; lo que nos indica que el inicio temprano de las relaciones sexuales no sólo conlleva el riesgo de que se presente un embarazo, sino otros riesgos sociales y consecuencias negativas sobre la salud de la adolescente.

Finalmente, podemos señalar que el inicio temprano de las relaciones sexuales propicia, no sólo el embarazo en las adolescentes, sino que además puede ser causa de ciertas alteraciones sobre la salud en este tipo de población. A esto podemos agregar que la iniciación temprana de relaciones sexuales está propiciada por una serie de factores que pueden estar interrelacionados, es decir, que no es un factor en sí mismo el que provoca esta situación, sino la presencia de dos o más factores, como son el constante contacto con personas del sexo opuestos, los sentimientos hacia su pareja, entre otras características sociales y de personalidad de las adolescentes.

Baja incidencia en el uso de métodos anticonceptivos.

Aun cuando las características propias del desarrollo normal del adolescente son tales que pudieran conllevar a la experimentación sexual, sólo algunas adolescentes inician relaciones sexuales y de estas una pequeña proporción llega a embarazarse, es decir, de las adolescentes que inician actividad sexual sólo algunas llegan a embarazarse y esto ocurre por el escaso uso de anticonceptivos (Atkin, 1988).

Se ha encontrado en diferentes investigaciones que el escaso uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes es uno de los factores que más ampliamente explican el embarazo en esta población. Por ejemplo, en una investigación realizada por Melchert y Burnett en 1990 (citados por McCullough y Scherman, 1991) se encontró una correlación positiva entre el inicio de vida sexual activa y el reporte de primer embarazo, el cual, de acuerdo con estos autores, ocurre por la falta de uso de métodos anticonceptivos.

Por su parte, Black y Deblassie (1985) han observado que la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas cada año tienen una mala comprensión o ignorancia de lo que es el ciclo menstrual y la concepción, así como del uso de métodos anticonceptivos.

En otra investigación realizada por Smith en 1982 (citado por Black y Deblassie, 1985), se encontró que el 87% de las adolescentes con actividad sexual conocían donde podían conseguir métodos anticonceptivos, pero sólo el 11% los usaba ocasionalmente. El 64% de estas mismas

adolescentes no deseaban quedar embarazadas, pero mencionaban que podrían embarazarse en cualquier momento.

Otros estudios (Russell-Brown, 1989 y Linberger, 1987) indican que las relaciones sexuales de los adolescentes son esporádicas y sin planear, lo que podría explicar el bajo e inconstante uso de anticonceptivos; así mismo, en estos estudios se encontró que en las adolescentes existen sentimientos de culpa con respecto a su sexualidad, lo que también puede explicar el escaso uso de anticonceptivos. Además, Friedman (1989) menciona que entre más joven es la adolescente, menor es la probabilidad de que quiera comentar la prevención del embarazo con su pareja sexual.

Aldana y Atkin (1990) han observado que las adolescentes conocen métodos anticonceptivos, pero prefieren no usarlos y arriesgar un embarazo que arriesgar ser vistas con los anticonceptivos y ser consideradas como demasiado conocedoras de estos temas o como sexualmente activas. Así mismo, estas autoras consideran que dentro de las adolescentes de la cultura mexicana no se acepta que una buena chica planee tener relaciones sexuales y mucho menos que lo haga por placer o sea sin arriesgarse a quedar embarazada.

Mientras que Loya López (1986) señala que pueden ser varias razones por las que las jovencitas no utilizan método alguno, a pesar de tener conocimiento de que existen: la inconstancia de sus relaciones sexuales, el manejo de ideas míticas (por ejemplo, "soy muy joven para que me suceda esto"), por desconocer del todo su fisiología y principalmente la etapa fértil de su ciclo menstrual y la minoría por desear realmente un hijo.

Así mismo, Loya López (1986) y Aldana y Atkin (1990), mencionan que la mayor parte de las adolescentes no inician su actividad sexual con el fin de quedar embarazadas, sino que dan otras explicaciones tales como: "todas hacen lo mismo, ¿por qué yo no?" o "No me gustaría que me sorprendieran con anticonceptivos" y concluye que la negación es un mecanismo que la joven emplea para protegerse de la realidad de su vida sexual; puesto que las adolescentes prefieren no usar algún método anticonceptivo a aceptar que son sexualmente activas.

Por otra parte, Davis (citado por Zetina Luna, 1991) y Friedman (1989) refieren que entre los factores que incrementan el riesgo de un embarazo adolescente se encuentran el hecho de que la sexualidad sea un tema prohibido en la mayor parte de las sociedades, por lo que frecuentemente las adolescentes tienen ideas vagas o distorsionadas acerca de la misma, lo cual crea la existencia de un pensamiento mágico o de fábula personal, en donde las ideas de "no me sucederá a mí" o "después de la primera relación sexual no puedo quedar embarazada" limitan el reconocimiento de los riesgos y puede hacer que se dejen llevar por otras personas en cuanto a la toma de decisiones adecuadas. Todo esto, aunado a la limitada capacidad de planeación del futuro y a su impulsividad dentro de la actividad sexual, hace que sea menos probable que actúen en forma planeada y que acudan después en busca de servicios de salud.

En resumen podemos decir que el escaso e inconstante uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes es una de las causas que propician un embarazo. Este uso irregular de anticonceptivos está propiciado básicamente por las características propias de la adolescencia y por la falta o inadecuada información que tienen sobre sexualidad, entre otros factores sociales. Sin embargo, no podemos afirmar que sólo uno de estos factores es el que está más relacionado con el escaso uso de anticonceptivos, sino la interrelación entre estos lo que favorece esta situación.

Factores psico-sociales.

Existen varios factores de tipo social y psicológico que están íntimamente relacionados con el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes y con la presencia de un embarazo en este tipo de población.

McCullough y Scherman (1991) señalan diversas condiciones sociales que parecen estar asociadas con el aumento de las relaciones sexuales premaritales. Por ejemplo, la necesidad actual de que las familias tengan dos ingresos salariales, es decir, que ambos padres trabajen puede contribuir a una falta de supervisión de los adolescentes después de sus clases y durante el período de vacaciones. Esta falta de supervisión por parte de los padres o de otro adulto, hace más susceptibles a los adolescentes a experimentar con drogas, alcohol y sexo. Estos autores, mencionan además que los intercambios sexuales entre adolescentes son más probables que ocurran en sus casas mientras que sus padres están trabajando o cuando van a otro lado y principalmente durante el período vacacional escolar de los adolescentes. También Loya López (1986) menciona que la actividad sexual es un aspecto oculto y silencioso en la vida de las jovencitas, ya que generalmente se guardan muy bien de la vista de sus padres, quienes muchas veces no se percatan de que sus hijas se han involucrado en actividades sexuales y señala también que el lugar donde más frecuentemente hay actividad sexual es el domicilio de las adolescentes.

Simons, Robertson y Downs (citados en McCullough y Scherman, 1991) mencionan que el rechazo de los padres, caracterizado por una falta de cordialidad, afecto o amor, se ha relacionado con los problemas emocionales, de razonamiento conductual, abuso de drogas y promiscuidad en adolescentes. Tal rechazo de los padres hacia los adolescentes puede variar entre el desinterés y la falta de preocupación por su bienestar y algunas expresiones de hostilidad y desagrado hacia sus hijos adolescentes. Es decir, el rechazo de otras personas significativas puede llevar a los adolescentes a buscar relaciones con otras personas que no sean familiares para encontrar apoyo y elevar su autoestima, llegando a involucrarse en actividades sexuales, incrementándose el riesgo de que se embaracen o de que se involucren en conductas adictivas.

En las adolescentes embarazadas se ha observado que la carencia de cuidado y protección por parte de los padres, les genera reacciones de aflicción, depresión, pérdida de la autoestima, frustración, abandono, soledad, que al ser buscados fuera del contexto familiar deriva en un conflicto aún más difícil de resolver, limitando su proceso de identificación y el desarrollo de su autonomía (Miler, citado en Zetina Luna, 1991).

Atkin (1988), además señala que la actividad sexual que entablan las adolescentes generalmente es el resultado de una relación de noviazgo, la cual está generalmente motivada por una búsqueda del amor, afecto y comprensión, que no tienen dentro de su familia. Así mismo, hace la referencia de que las adolescentes generalmente confunden el sexo con el cariño y comprensión que realmente buscan en su pareja o que en ocasiones las adolescentes aceptan tener relaciones sexuales con su pareja para no perder esa comprensión que encuentran en él.

Otro aspecto que mencionan Loya López (1983) y Black y Deblasse (1985) como un factor importante en la iniciación de las relaciones sexuales es la rebelión, que aunque es parte primordial en el logro de la transición psicológica de las adolescentes, influye en el inicio de relaciones sexuales y en la presencia de un embarazo; así pues, señalan estos autores, la iniciación de relaciones sexuales es una forma de rebelarse ante la sobreprotección y exigencias de los padres.

Castillo (citado por Zetina Luna, 1991) encontró que la maternidad en la adolescencia se relaciona con las condiciones de vida y las influencias del medio socio-cultural: las jóvenes perciben mensajes que propician un desarrollo psicosexual acelerado, pertenecen a grupos familiares disfuncionales, incompletos o transformados, sin encontrar lazos que les permitan la construcción de roles definidos para el logro de su identidad. Por otro lado, Dickens y Allison (citado por Zetina Luna, 1991) señalan que otro factor importante que influye 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 sus inquietudes y en su hogar no encuentra una adecuada orientación, ni apoyo, además de que los padres generalmente son resistentes a la aceptación de los cambios en sus hijos adolescentes.

Por otro lado, Salvatierra (1989) refiere que la adolescente se involucra en relaciones sexuales no protegidas, en parte por afirmarse a sí misma y para satisfacer a su compañero y en parte por rechazo a la figura familiar dominante, que suele ser la madre, es decir, una relación en la que existen sentimientos ambivalentes entre el deseo de separación y libertad y la necesidad de dependencia.

Pick de Weiss, Atkin y Karchmer (1988) encontraron que la comunicación con la madre, tanto la frecuencia como su contenido, diferencian a las adolescentes que se embarazan, de la población en general, ya que se ha observado que existe una relación negativa entre la comunicación con los padres y las relaciones sexuales tempranas.

Otros autores (Fernández, Arcelus, Atkin y Pineda, 1988) mencionan que la adolescente que se embaraza tempranamente suele haberse criado bajo circunstancias familiares poco favorables, tales como desintegración familiar, imagen paterna distante y/o negativa, pérdida de figuras significativas y conflicto o tensiones familiares. Atkin y Givaudan (1989) agregan que gran parte de las adolescentes que se embarazan vivieron cambios importantes de figuras parentales.

McCullough y Scherman (1991) y Davis (citado por Zetina Luna, 1991) encontraron que las adolescentes embarazadas reportaron una separación o divorcio en sus familias de origen debido al abuso del alcohol o de las drogas y algunas de ellas indicaron que habían sufrido abuso sexual durante su infancia o adolescencia. Estos autores explican que las adolescentes que sufrieron abuso sexual pueden tener dificultad para desarrollar las tareas propias de la adolescencia y generalmente llegan a tener sentimientos de impotencia, disgusto, repugnancia y vergüenza que puede llevarlas a buscar cercanía a través de repetidos encuentros sexuales, con lo cual se incrementa el riesgo de un embarazo. Así mismo, señalan que las desventajas económicas, la desolación y la desesperanza acompañan generalmente al embarazo precoz.

Así pues, las dificultades de comunicación en las relaciones con los padres durante la adolescencia puede causar en los jóvenes mayor susceptibilidad para involucrarse en actividades sexuales. Enos y Handlan (citado en McCullough y Scherman, 1991) reportaron que los adolescentes que tienen un mayor conflicto en sus casas presentan una baja autoestima, alto nivel de ansiedad, un bajo nivel de control interno y un pobre ajuste psicológico que los que tienen un menor conflicto en sus casas.

Algunas condiciones familiares que Atkin (1988) encontró en las adolescentes que no habían hecho nada para evitar el embarazo fueron el mayor número de hermanos menores que

cuidar y menor escolaridad en las madres y en los compañeros de las adolescentes. Estas adolescentes mencionaron que su deseo de embarazarse era para cuidar a su propio hijo en vez de a un gran número de hermanos; es decir, esta condición familiar las motivaba a ejercer el rol materno. Así mismo observó que estas adolescentes tenían menor asertividad y menor capacidad de planeación y anticipación.

Así mismo, la presencia de embarazos premaritales en hermanas y madres es un factor de la estructura familiar que, de acuerdo con Pick, Atkin y Karchmer (1988), diferencia a las adolescentes embarazadas de aquellas no embarazadas y de aquellas que no han iniciado vida sexual activa.

Lineberger (1987) menciona que existe la posibilidad de que para las adolescentes embarazadas sus madres son un modelo o dan mensajes, directa o indirectamente, de que el embarazo es algo aceptado o de que tener un bebé es una forma de probar su feminidad. De acuerdo con este autor, la mayoría de las adolescentes embarazadas han tenido experiencias en el cuidado de niños (especialmente de hermanos), lo cual puede crearles la idea de que son capaces de encargarse de la crianza de su propio hijo.

Black y Deblasse (1985), por su parte considera que algunas chicas llegan a quedar embarazadas con la esperanza de recibir mayor atención por parte de sus amigos y familiares o simplemente para tener un compañero o a alguien que les proporcione cariño; es decir, el embarazo puede ocurrir como resultado de una negociación para obtener afecto a cambio de favores sexuales, arriesgándose a quedar embarazadas.

Welti (1989) por su parte señala que las mujeres que en mayor porcentaje tienen a su primer hijo antes de los 20 años se ubican entre aquellas que habitan localidades rurales, que vivieron la mayor parte de su infancia en un rancho y que no asistieron a la escuela.

Para muchos adolescentes de comunidades económicamente deprimidas, quienes tienen pocas oportunidades para educarse y así mejorar económicamente aún sin tener niños, el ser madres se ve algunas veces como una forma de aumentar su propio valor y de tener algo propio que querer y alimentar (Friedman, 1989).

Hasta aquí, hemos visto que el embarazo en adolescentes está relacionado con una diversidad de factores, entre los que se encuentran la cultura, el nivel socio-económico, las relaciones familiares y las características propias de la adolescencia, lo que nos indica que cada adolescente puede tener un antecedente o una motivación diferente, incluso varias, para quedar embarazada.

Por otro lado, Atkin (1988), nos da una serie de características que debe poseer una adolescente para que no inicie relaciones sexuales tempranamente o, si las inicia, no se embarace. En primer lugar, esta autora señala que la adolescente requiere una buena integración con su familia, lo cual implica que ésta le transmita valores claros, tener una comunicación abierta con la madre (principalmente sobre el sexo); además de encontrarse dentro de un contexto social en el cual el modelo del embarazo precoz no sea lo más común, así como tener una idea clara de expectativas escolares y laborales para su futuro.

Es decir, para que una chica evite la maternidad adolescente debe estar motivada a continuar su educación, probablemente tener intereses alternativos y no conformarse con el rol materno como única expectativa en su vida (Atkin, 1988).

Atkin (1988), también señala que para que una adolescente evite el embarazo utilizando algún método anticonceptivo debe ser asertiva y tener la capacidad de proyectar sus planes hacia el futuro; así como tener conocimientos respecto a métodos anticonceptivos, estar libres de creencias erróneas, sentirse apoyada por su grupo de amigas y estar suficientemente liberadas de la autoridad tradicional para poder hacer algo tan prohibido como utilizar anticonceptivos sin estar casadas.

Sin embargo, no todas las adolescentes tienen estas características de personalidad o expectativas de vida, ni tales condiciones dentro de su familia o de su ámbito social y es imposible que el equipo de salud o las instituciones educativas les brinde tales condiciones, por lo que puede seguir aumentando la incidencia de este fenómeno en nuestro país y con ello hacerse más grandes las consecuencias sociales y psicológicas para la madre adolescente y su hijo.

CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El nacimiento de un hijo es para una mujer un hecho sobresaliente en su vida y lo es más en el caso del primogénito, ya que este acontecimiento define el inicio de una etapa en la que se asumen las responsabilidades y satisfacciones asociadas con la maternidad. Sin embargo, como lo mencionan Welti (1989) y Valdés y Atkin (1988), iniciar esta etapa en una edad en la que muy recientemente se ha dejado de ser niña, coloca a la mujer en una posición desventajosa; debido a que el embarazo durante la adolescencia está asociado con ciertas consecuencias de orden biológico, social y psicológico, tanto para la madre como para su hijo, las cuales revisaremos en los apartados siguientes.

Consecuencias sobre la salud de la madre.

El embarazo en adolescentes es considerado desde el punto de vista médico como un embarazo de alto riesgo, dada la serie de complicaciones que durante éste se pueden presentar.

Diversos autores [De Anda, Darroch, Davidson, Gilly y Morejon, 1990; Black y Deblassie, 1985; Ibañez, 1984; Kably, Mar de la Rosa, Orozco y Alvarado, 1982; Pérez y Torres, 1988; Valdés y Atkin, 1988; y Davis (citado por Zetina, 1991)] coinciden en que en las adolescentes embarazadas se puede presentar:

1) Anemia, la cual llega a presentarse debido a que durante la adolescencia las necesidades nutricionales son mayores y durante la preñez puede incrementarse la deficiencia de hierro y, dependiendo de los hábitos dietéticos de la joven, pueden llegar a presentarse desnutrición, toxemia o bajo peso del producto.

2) Preclampsia, consistente en una distorsión de los cambios fisiológicos del embarazo con vasodilatación, antiidiuresis, hipertensión, alteraciones hemorrágicas en el hígado, cerebro y otros órganos. La preclampsia se desarrolla gradualmente aún hasta el tercer trimestre del embarazo, y

puede presentarse algunos síntomas asociados como: aumento excesivo de peso, edema y albuminuria.

3) Infecciones en el aparato urinario o infecciones vaginales, placenta previa, desproporción céfalo-pélvica, parto prematuro y una prolongación o retraso del trabajo de parto o complicaciones durante éste. Todas estas complicaciones se presentan con mayor frecuencia en las adolescentes embarazadas que en las mujeres adultas embarazadas.

4) Mayor probabilidad de morir durante o inmediatamente después del parto, lo cual es más frecuente en las chicas de 16 años o menores que en las mujeres entre 20 y 24 años; debido a que el cuerpo de las adolescentes no está físicamente maduro para resistir el estrés provocado por la maternidad y el proceso del parto, especialmente en el caso de una adolescente temprana.

Uno de los factores que se considera como determinante en la presentación de las consecuencias negativas en la salud de la embarazada adolescente es la asistencia médica durante la gestación.

Pérez y Torres (1988), McAnamey y Hendee (citado por Zetina, 1991); Kably, Mar de la Rosa, Orozco, y Alvarado (1982) y Valdés y Altún (1988) han observado que las adolescentes embarazadas tienen una muy baja atención prenatal, la cual está asociada a las complicaciones médicas durante el embarazo y el parto. Esta baja atención prenatal, de acuerdo con estos autores, se debe principalmente a que las adolescentes tienden a ocultar su embarazo, por temor e ignorancia, durante algún tiempo o hasta que éste resulta evidente o es imposible seguir ocultándolo.

Kably, Mar de la Rosa, Orozco, y Alvarado (1982) y Pérez y Torres (1988) encontraron que las complicaciones médicas en las adolescentes embarazadas están asociadas al estado civil de éstas. Estos autores encontraron que en las pacientes casadas, en unión libre o viudas la evolución del embarazo y la resolución de éste es más satisfactoria que en las pacientes solteras, independientemente del grupo de edad y del tipo de embarazo.

Así pues, existen una serie de complicaciones a nivel médico, que van desde una infección hasta un aumento en la mortalidad, que se presentan en gran medida en los embarazos adolescentes. Esta alta frecuencia en las complicaciones está relacionada, como hemos visto, a la edad de la mujer embarazada, a su atención médica prenatal, a su estado civil y al apoyo social que reciben.

Consecuencias sobre la educación y oportunidades de trabajo de las adolescentes embarazadas.

Se asume que son muchas las desventajas asociadas con la maternidad temprana, una de las más importantes a nivel social es que generalmente estas adolescentes no completan su educación.

Con base en un estudio de la Academia Americana de Pediatría realizado en 1989 (citado por Zetina, 1991) se encontró que los padres adolescentes tienen menos oportunidades de educación formal; ya que este tipo de población sólo llega a completar, en el mejor de los casos, su instrucción media (secundaria). Otros estudios, como el de Black y Deblassie (1985), han

observado que generalmente no más del 50% de las adolescentes embarazadas se gradúan de la secundaria, debido a que el embarazo y la maternidad no les permite continuar con sus estudios y se ven obligadas a abandonar su educación.

Esto nos lleva a pensar, como lo menciona Welti (1989), que el nacimiento de un hijo tiene un efecto definitivo sobre el nivel de escolaridad, ya sea porque se interrumpe definitivamente o se retrasa la terminación de los estudios.

Atkin (1988) y Atkin y Givaudan (1989) mencionan que el embarazo en adolescentes no solo provoca la deserción de los estudios, sino además la disminución de las expectativas a futuro en relación al estudio y al trabajo, ya que muy pocas son las que siguen estudiando durante o después del embarazo.

Por su parte, Loya López (1986) encontró que la mayoría de las jóvenes embarazadas tienen la necesidad de abandonar sus estudios y de enfrentarse a una vida nueva de responsabilidades y problemas de manera repentina o inesperada y que su precario desarrollo psicológico, físico y social, les impide adaptarse adecuadamente a su nuevo rol materno, por lo que generalmente se sienten insatisfechas con su situación actual.

Además, Valdés y Atkin (1988) y Black y Deblasse (1985) señalan que debido a que las adolescentes que se embarazan no completan su educación, por un lado están menos capacitadas para trabajar y ser bien remuneradas, y por otro lado tienden a tener familias más numerosas dada la iniciación temprana de su vida sexual; lo que les genera con mucha frecuencia presiones sociales y familiares.

Todo ello conlleva al riesgo de convertirlas en madres menos capaces para ayudar y criar a sus hijos, lo cual repercute en forma negativa sobre sus hijos, que crecen en desventaja frente a otros niños (Valdés Blásquez y Atkin, 1988; De Anda y cols, 1992)

Por otro lado, en un estudio realizado en 1991, McCullough y Scherman encontraron que una gran proporción de las adolescentes que entrevistaron estaban trabajando antes de que se embarazaran, sin embargo, casi todas abandonaron su empleo en cuanto se encontraron embarazadas. La mayoría de estas adolescentes estaba trabajando en establecimientos de comida rápida, recibiendo el sueldo mínimo. En este estudio, también se reportó que la mayoría de las adolescentes mencionan que desean completar su educación a nivel de bachillerato, pocas mencionaron sus planes para una carrera profesional y un pequeño número de adolescentes deseaban combinar una carrera y su matrimonio; aunque, la mayoría de las adolescentes estaban casadas, permanecían en sus casas y se dedicaban al cuidado de su hijo, quedando sus expectativas de estudio sólo en planes futuros.

Aunque Ibañez (1984) y Estevez y Atkin (1990) señalan que el embarazo en la adolescencia representa una de las principales razones por las que las jóvenes abandonan la escuela en México; diversos autores (Molina y Romero, citado en Estevez y Atkin, 1990; Atkin y Givaudan, 1989; Pick de Weiss, Atkin y Karchmer, 1988) han encontrado que las adolescentes embarazadas, a diferencia de las adolescentes no embarazadas, habían abandonado sus estudios antes de encontrarse en ese estado; concluyendo que la deserción escolar antecede al embarazo.

Estevez y Atkin (1990) observaron ciertas diferencias entre las adolescentes embarazadas que continúan estudiando y las que abandonan sus estudios antes o a raíz del embarazo. De

acuerdo con estos autores las adolescentes embarazadas que continúan estudiando tienen mayor grado de asertividad y autoestima que las adolescentes que dejan la escuela. Sus padres tienen mayores expectativas escolares y laborales para la adolescente desde antes del embarazo; sus compañeros también tienen un mayor nivel de escolaridad. Con una mayor frecuencia estas adolescentes no deseaban el embarazo al inicio de la gestación y habían usado métodos anticonceptivos previamente, por lo que al enterarse del embarazo pensaron en la posibilidad de abortar e hicieron intentos al respecto. Además, durante el embarazo, este tipo de adolescentes refinó una calidad de apoyo más desfavorable por parte de la familia de origen, lo que, de acuerdo con Estevez y Atkin (1990), refleja la inconformidad de los padres ante el temor de que las expectativas para sus hijas no se vean realizadas; sin embargo, a pesar de esto estas adolescentes presentan un nivel más alto de optimismo. Así pues, es evidente que ellas tenían menos motivación para ser madres en esta etapa de su vida, pero ante el hecho del embarazo, sus características de personalidad les permiten adaptarse y mantener sus expectativas de vida.

A diferencia del grupo ya descrito, las adolescentes que dejan la escuela antes de haberse embarazado provienen de un nivel socioeconómico más desfavorable y tanto ellas como sus padres tenían expectativas escolares y laborales menores desde antes del embarazo. Su nivel de asertividad así como de autoestima es más bajo. Al inicio del embarazo, la mayoría de estas adolescentes aceptó a su hijo y mencionan con menor frecuencia haber pensado o intentado abortar. Es más común que estas adolescentes vivan en unión libre con su compañero a raíz del embarazo. Además mencionan haber percibido pocos cambios en sus expectativas de vida a consecuencia del embarazo y también expresaron tener poca comunicación con su madre. Es decir, estas adolescentes no parecen percibir de una manera tan inconveniente el embarazo. Además la maternidad posiblemente represente para ellas una de las pocas alternativas para su futuro y probablemente tengan menos motivación y recursos para reanudar sus estudios. Así mismo, este grupo de adolescentes tiene mayor probabilidad de volverse a embarazar y tener un hijo antes de que cumpla dos años de edad su primer hijo (Estevez y Atkin, 1990 y Atkin, 1988). También se observó que en una mayor proporción los padres y madres de familia de las adolescentes embarazadas nunca habían asistido a la escuela; lo cual indica que existe una asociación entre el embarazo en la adolescencia y condiciones educativas y socioeconómicas menos favorables. Por lo que estos autores (Estevez y Atkin, 1990 y Atkin, 1988) explican el embarazo en adolescentes en términos de una transmisión de valores y normas de acuerdo al nivel educativo.

Otros autores (Cochran, Brasaard, Unger y Wandersman, citados por Zetina, 1991) señalan que del apoyo que reciben las madres adolescentes de su pareja principalmente, de la familia y la sociedad en general, depende también la reincorporación de las adolescentes a la escuela y la preparación laboral.

Así pues, el momento en el cual se abandona la escuela pudiera ser un indicador importante para determinar el futuro de la adolescente y probablemente refleje diferencias en cuanto a características psicosociales previas al embarazo, incluyendo habilidades académicas, aspiraciones futuras, así como características de personalidad. Las posibilidades de continuar los estudios durante y después del embarazo dependerá en gran parte de estas mismas características previas, pero también estarán determinadas por la calidad del apoyo social, especialmente familiar, que la adolescente reciba (Molina y Romero, 1987, citados en Estevez y Atkin, 1990).

Además de menores expectativas de educación y trabajo para la madre adolescente, existen otra serie de consecuencias a nivel social, entre las que se encuentran un mayor número de

divorcios y embarazos subsiguientes en las adolescentes. McKenry y colaboradores (1979) mencionan que dos terceras partes de las madres jóvenes se casan a raíz del embarazo y tres de cada cinco matrimonios se disuelve antes de los seis años. Además se observa en las adolescentes embarazadas que muy frecuentemente llegan a tener subsiguientes embarazos en corto tiempo, dada la iniciación temprana de su vida sexual y al escaso uso de métodos anticonceptivos, aún después de su primer embarazo (Estevez y Atkin, 1990; Orduña, 1992; Skala y colaboradores, 1990; McCollough y Scheman, 1991). Skala y colaboradores (1990) mencionan que una madre muy joven generalmente carece de estabilidad emocional, madurez y experiencia para desempeñar adecuadamente su nuevo rol como esposa y madre, por lo que son muy frecuentes los divorcios en este tipo de población.

Así pues, existen diversas consecuencias desfavorables para la adolescente embarazada; por un lado debido a las complicaciones que ponen en riesgo su salud física y por otro lado, porque se ven limitadas sus expectativas o planes de estudio y de trabajo y además, si la adolescente llega a casarse, existe mayor probabilidad de que su matrimonio se disuelva o de que su familia sea muy numerosa. Pero, no sólo existen consecuencias adversas para la adolescente embarazada, también existen serias consecuencias para su hijo, las cuales revisaremos a continuación.

Consecuencias sobre los niños.

El embarazo en adolescentes ha llegado a ser considerado de alto riesgo no solo por las consecuencias negativas en la salud, educación y oportunidades de trabajo que pueden ocurrir en la madre, sino además por la serie de repercusiones desfavorables que pueden existir en el producto.

La Academia Americana de Pediatría en 1989 (citado por Zetina, 1991) señaló que los hijos de madres adolescentes corren más riesgos de mortalidad hasta los dos años en comparación a los hijos de mujeres adultas. Algunos autores (Ibáñez Brambila, 1984; Dickens y Allison, citado por Zetina, 1991; Black y Deblassie, 1985) apoyan esta idea y mencionan que para el hijo de una adolescente existen ciertos factores que aumentan la probabilidad de morbilidad durante los primeros años de vida, estos factores incluyen prematuridad, bajo peso al nacer, retardo en el crecimiento fetal uterino, infecciones congénitas, problemas neurológicos, nutrición inadecuada, infecciones, accidentes, negligencia materna y muerte súbita.

De igual manera, se han observado problemas en términos de rendimiento intelectual, no tanto en edades infantiles sino en la edad escolar. Así mismo, en los hijos de las madres adolescentes se ha encontrado retraso en el desarrollo, debido generalmente a la pobre nutrición que tienen, a la carencia de cuidados prenatales, la falta de estimulación o a la inadecuación de éstos por parte de sus madres (Black y Deblassie, 1985; Valdés y Atkin 1988; Givaudan, Atkin y Pineda 1990).

Otros autores (Valdés y Atkin, 1988; De Anda y colaboradores, 1992; Martínez y colaboradores, 1990; y Givaudan, Atkin y Pineda 1990) mencionan que en el área socio-afectiva, los hijos de madres adolescentes presentan varios problemas, entre los cuales figuran mayor agresividad, impulsividad y dificultades en la capacidad de atención y concentración. Este tipo de problemas generalmente son una consecuencia del maltrato físico y verbal de las madres

adolescentes hacia sus hijos, así como al manejo inconsistente, a patrones desfavorables de interacción y a dificultad para controlar la irritabilidad de sus hijos.

Mientras que algunos estudios (como el de Yando, citado en Valdés y Atkin, 1988; Loya López, 1986 y Salvatierra, 1989), han reportado problemas importantes en la relación materno infantil de las adolescentes con sus hijos. Puesto que se ha observado que las madres adolescentes tienen menores conocimientos de desarrollo infantil, expectativas poco realistas en cuanto a la conducta infantil, inestabilidad en sus respuestas a las señales y necesidades del niño, molestia ante las demandas del niño, especialmente ante el llanto, actitudes punitivas, así como utilización de modalidades físicas más que verbales en la interacción con el niño.

Varios autores se han dado a la tarea de investigar las razones por las que se presentan serias repercusiones en los hijos de madres adolescentes. Por ejemplo, Field y cols (citado por Zetina, 1991) mencionan que la presencia de dificultades y complicaciones tanto en el embarazo y parto como en la salud física y emocional del producto están determinados por la buena o mala aceptación de la maternidad por parte de la adolescente, si se trata de embarazo no deseado y cuando existe además el rechazo familiar y social.

Lamb y Elster (citados por Zetina Luna, 1991) refieren que para la aceptación del papel materno en las adolescentes embarazadas es determinante el que la pareja se involucre en la crianza del bebé y que la familia de ambos apoye este papel.

Martínez y colaboradores (1990) señalan que factores tales como la inmadurez de la adolescente, determinadas circunstancias sociales y el ser soltera, le impiden a la madre adolescente ser la principal cuidadora de su hijo, por lo que la influencia de otros cuidadores puede ser determinante, tanto en la calidad de la relación como en el desarrollo del niño y en el papel que asuma la adolescente como madre.

Mientras que algunos autores (Mednick y Baker, citados en Valdés y Atkin, 1988) afirman que ser madre-joven no es condición suficiente para producir efectos negativos directos en el futuro desarrollo del niño, sino que otras variables son las que influyen de manera importante sobre el desarrollo de éstos. Tales variables se refieren al nivel de escolaridad de la madre y la estabilidad de la estructura familiar a la que pertenece la adolescente, además del nivel socio-económico del cual proviene. Es decir, a menor escolaridad, estructura familiar menos estable y menor nivel socioeconómico, mayor riesgo y mayores desventajas presentará el hijo de la adolescente.

CARACTERÍSTICAS EMOCIONALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Las características emocionales de las adolescentes embarazadas no son homogéneas, debe tomarse en cuenta si el embarazo es deseado o no, si ha sido aceptado, el marco social en que ocurre: la existencia de un marido o compañero responsable, aceptación y apoyo familiar, legitimación de las relaciones y del embarazo; así como la salud física de la adolescente (Salvatierra, 1989).

Zarco Villavicencio (1990) menciona que, aunque desde pequeña la mujer se enfrenta muy directamente a la maternidad cuando se relaciona con sus hermanos o con las muñecas y desde

entonces se prepara para ser madre, durante la adolescencia el deseo de fecundar a un bebé se convierte en una situación ambivalente ya que por una parte lo desea y por otra éste representa una amenaza contra su integridad.

Algunos autores (Valdés Blásques y Atkin, 1988; Atkin y Givaudan, 1989) han encontrado en poblaciones mexicanas que, en general y contrario a lo esperado, las adolescentes tienden a aceptar el rol materno y en general su estado emocional es muy favorable. Valdés Blásques y Atkin (1988) y Atkin y Pineda (citados en Aldana y Atkin, 1990) mencionan que esto es debido a que frecuentemente tienen ideas muy optimistas y poco realistas sobre el rol materno, aunque también señalan que probablemente se deba a que estas adolescentes tienden a negar su estado emocional o que quizás se deba a aspectos culturales.

Atkin y Givaudan (1989), por su parte, observaron que las adolescentes suelen aceptar tanto el embarazo como el rol materno y manifestar buenos niveles de autoestima y asertividad; y agregan que posiblemente esta auto-imagen favorable refleje las ganancias secundarias que reciben durante el embarazo, en vista del apoyo social que están recibiendo.

Mientras que Welti (1989) señala que La Dirección General de Planificación Familiar (D.G.P.F.) y la Secretaría de Salud y Asistencia (S.S.A.) estimaron, mediante una encuesta hecha en 1988, que el 57% de las jóvenes que habían tenido un embarazo no lo deseaban.

Otros autores (Salvatierra, 1989; Loya López, 1986) consideran que generalmente el embarazo a edades tempranas, es decir durante la adolescencia, se trata de un embarazo no deseado, y como tal conlleva una serie de emociones negativas.

Loya López (1986) en un estudio realizado con adolescentes embarazadas de la ciudad de México determinó, en una muestra de 150 jóvenes, que el 74% nunca desearon embarazarse, por lo que las consideraba poseedoras del síndrome de fracaso.

El síndrome de fracaso, de acuerdo con Loya López (1986), incluye la imposibilidad de completar las funciones de la adolescencia, de seguir acudiendo a la escuela, de mantener una familia estable, de lograr obtener un trabajo y poder cubrir las propias necesidades; así como mantener criaturas sanas que alcancen su potencial vital.

Diversos autores (Black y Deblasse, 1985; Aldana y Atkin, 1990; Gunter y la Barba, 1981 y Smith, 1982 citados por Lineberger, 1987), han encontrado que las adolescentes llegan a presentar sentimientos de depresión, culpa, degradación y humillación, principalmente cuando llegan a quedar embarazadas antes del matrimonio.

Tales sentimientos de depresión se manifiestan por una sensación de soledad, aislamiento, pobre autoestima, labilidad emocional, sentimientos de culpa y frustración, una tendencia a sentirse más alegre o triste y con mayor intensidad, falta de confianza en sí mismas y ausencia de aspiraciones futuras (Black y Deblasse, 1985; Aldana y Atkin, 1990). McKenry y colaboradores (1979) mencionan que el estado de depresión en las adolescentes embarazadas puede llevarlas a suicidarse o a tener intentos suicidas.

Aldana y Atkin (1990) observaron que las adolescentes que se deprimen son aquellas que se sienten culpables de la problemática a nivel familiar, perciben menos conformidad en sus relaciones familiares y además tienen una autoimagen desfavorable.

McCullough y Scherman (1991) encontraron que las adolescentes embarazadas generalmente reportan sentimientos de malestar (culpa y vergüenza) debido a que sentían que su embarazo había desilusionado a sus padres o causaba un estrés económico y emocional en sus familias.

Aldana y Atkin (1990) mencionan que los sentimientos de culpa y frustración que presentan las adolescentes embarazadas se generan cuando se ven limitadas sus oportunidades tanto académicas como de vida, así como por las dificultades sociales y económicas que el embarazo puede conllevar. También señalan que la incertidumbre de su situación propicia dudas y preocupación, lo que también genera sentimientos de depresión, especialmente en la adolescente soltera. Además, señalan estos autores, las adolescentes más deprimidas son aquellas que tienen baja asertividad, es decir, que no saben defender tanto sus intereses, como sus derechos.

Sin embargo, como lo mencionan Aldana y Atkin (1990), no todas las adolescentes embarazadas se deprimen, ya que es una situación multideterminada por factores culturales, familiares y por el significado individual del embarazo.

En relación al estrés, Salvatierra (1989) y De Anda y cols. (1992) mencionan que las adolescentes embarazadas presentan un nivel de estrés más elevado que las adolescentes no embarazadas o las mujeres embarazadas adultas y además consideran que dicho nivel de estrés depende de diversas variables entre las que se encuentran el simple hecho de estar embarazadas, las perspectivas futuras de la adolescente, las consecuencias sobre el estilo de vida, la visión o percepción del hijo, el matrimonio precipitado, el abandono de la escuela y de la formación profesional, el apoyo de la familia entre otros.

De Anda y cols (1992) y Martínez y cols. (1990) señalan que para la adolescente el embarazo es considerado como un obstáculo para el desarrollo de las expectativas previas que ellas tenían, debido a que deben asumir la madurez adulta que se espera en las mujeres embarazadas; todo esto crea una situación estresante para la adolescente, quien generalmente se siente confundida. Estos autores también mencionan que en las adolescentes embarazadas se espera que inmediatamente después del embarazo desaparezca la impulsividad, lo imprevisible de su conducta y que muestren otras conductas más congruentes con el rol adulto y maternal que deben asumir de acuerdo a su cultura. Así pues, la sociedad misma crea para las adolescentes embarazadas una situación estresante que altera su funcionamiento y adaptación social.

Además de la respuesta social, la respuesta de la familia de la adolescente puede crear una situación estresante para ella o puede ser un apoyo significativo, Aldana y Atkin (1990) y De Anda y cols. (1992) refieren que la calidad y cantidad de apoyo familiar (en especial de los padres y la pareja) es el mejor predictor del nivel de estrés que ellas presentan. Señalan que la reacción familiar ante una joven embarazada constituye una amenaza a la estructura familiar, ya que generalmente se cataloga como vergonzoso, hay frustraciones y coraje por parte de los padres y se puede generar un desequilibrio en la economía familiar. Además, la misma situación que vive la adolescente embarazada o la madre adolescente resulta muy estresante, ya que por lo general la joven continúa en su hogar sin realizar actividades fuera de éste y los abuelos generalmente son los que toman las decisiones respecto al cuidado del niño, mientras que la joven pasa a un plano de madre-hermana de su propio hijo.

De Anda y cols. (1992 y 1991) también mencionan que otra fuente de estrés para las adolescentes embarazadas son los problemas o molestias que sienten por el embarazo, la proximidad del parto, las discusiones con su pareja y las dificultades económicas. Salvatierra (1989) y Moos (1986) observaron como estresores adicionales los cambios en la forma en que las tratan sus amigos, no hacer las actividades externas que desean hacer, el cambio de escuela, entre otros. Por su parte, McCullough y Scherman (1991) encontraron que los altos niveles de estrés en las adolescentes embarazadas está asociado a metas educacionales altas o inalcanzables para muchas de estas adolescentes. Además, De Anda y colaboradores (1992 y 1991), Salvatierra (1989) y Moos (1986) mencionan que existe una correlación positiva entre el número de sucesos y el nivel de estrés y de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas.

De acuerdo con De Anda y cols. (1990, 1991 y 1992), la respuesta más frecuente ante el estrés que experimentan las adolescentes embarazadas es afectiva. Es decir expresan sentimientos de enojo y frustración; diaforia, ganas de llorar, irritabilidad, sensibilidad, sensación de soledad, enojo, tristeza y aislamiento. Además, presentan ciertas respuestas cognitivas resultantes de altos niveles de estrés, tales como una preocupación excesiva, escaso nivel de concentración para resolver sus problemas, fallas en la memoria y dificultades para tomar decisiones.

Sin embargo, aunque la familia y la sociedad pueden generar una situación estresante para la adolescente embarazada, también pueden desempeñar un papel importante en la adquisición de habilidades para afrontar su situación. De Anda y cols. (1992) observó que el apoyo afectivo que reciben las adolescentes de sus familiares puede estar relacionado con un mejor afrontamiento de su situación. Por otro lado, Aldana y Atkin (1990) encontraron que el apoyo social y familiar es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión y al estrés, especialmente durante el embarazo y al comienzo de la adaptación a la maternidad.

Pasando a otro punto, se ha observado que, además de la depresión y el estrés, la ansiedad es una característica muy frecuente en las adolescentes embarazadas. De Anda y cols. (1991 y 1992) encontraron que las adolescentes embarazadas y las madres adolescentes tienen un puntaje por arriba de la norma en la escala de ansiedad rasgo y ansiedad estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). De acuerdo con Kuhn (citado en Lineberger, 1987) el nivel de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas y las mujeres embarazadas adultas es muy similar. Es decir, el embarazo en sí mismo se relaciona con un aumento en los niveles de ansiedad, no importando la edad de la mujer embarazada.

Kuhn (citado por Lineberger, 1987) describe a la mujer y la adolescente embarazada como muy propensas a presentar episodios abruptos de ansiedad sin una aparente causa o razón y que la sola idea de tener un bebé y su significado puede producir ansiedad en las mujeres embarazadas. Además señala, que la ansiedad en las adolescentes embarazadas también puede resultar de una concepción ilegítima (que la mujer se encuentre soltera) y de la falta de responsabilidad y apoyo por parte de su pareja.

El incremento en el nivel de ansiedad puede ser derivado de muchas fuentes; una fuente, de acuerdo con Zongker (citado en Lineberger, 1987) es el bajo o negativo autoconcepto, además de una mayor rigidez y un pobre nivel de ajuste social. Otras fuentes de ansiedad que señala Adams (citado en Lineberger, 1987) es el miedo que tienen sobre el trabajo de parto, dado que se imaginan que será un hecho muy doloroso, ya que en ocasiones no tienen ninguna preparación para el trabajo de parto y desconocen completamente como será.

Protinsky y Schneider (citados en Black y Deblassie, 1985) mencionan que la mayor parte de la ansiedad en las adolescentes embarazadas es producto del conflicto entre la necesidad de independencia de las adolescentes y la dependencia que crea el embarazo en las adolescentes sobre los adultos que las rodean y en especial de los padres.

El elevado nivel de ansiedad en las adolescentes embarazadas puede surgir también cuando se trata de un embarazo no deseado, el cual puede dar paso a una inhibición en el proceso de identidad, ya que las adolescentes se ven forzadas a contraer matrimonio y a adquirir su nuevo papel como esposas, para lo cual generalmente no están preparadas; esto puede traer como consecuencia el que ellas no logren adaptarse a su condición de madres y esposas (Lineberger, 1987).

Lieberman (citado por Black y Deblassie, 1985), por su parte menciona que las adolescentes embarazadas solteras presentan mayor nivel de ansiedad, el cual es expresado a través de inseguridad, incertidumbre, soledad y desamparo que las adolescentes embarazadas casadas; es decir, también el estado civil de la adolescente embarazada influye en su estado emocional y en el nivel de ansiedad que presentan.

Ibañez Brambila (1984) ha observado que el hecho de que una adolescente embarazada se constituya en madre soltera depende del grado de compromiso que asuma su pareja y que ésta condición obedece a la elección de pareja que halla hecho la adolescente.

Diversos autores (Loya López, 1986; Fernández MacGregor y colaboradoras, 1988; Ibañez Brambila, 1984) coinciden en que el casamiento o la unión con la pareja, aunque puede legitimizar el embarazo y la actividad sexual, no resuelve los problemas prácticos relacionados con el embarazo y el parto de la adolescente.

Generalmente se intenta solucionar un embarazo premarital por medio de un matrimonio forzado; aunque tales matrimonios logran evitar el rechazo social o la discriminación, no logran ser tan estables como los matrimonios planeados y, a menudo, terminan en divorcio. Fernández MacGregor y cols. (1988) Skala y cols. (1990), Welti (1989) e Ibañez Brambila (1984) han observado que los matrimonios asociados con nacimientos adolescentes tienen un mayor porcentaje de problemas maritales y divorcio que en las parejas más maduras, sobre todo en el caso de la adolescente que se une con el padre del bebé a raíz del embarazo.

Atkin y Givaudan (1989) por su parte han observado que las adolescentes embarazadas que se unen a su pareja perciben como favorable o positiva la relación con él, a pesar de que existe cierta superficialidad en la relación, no disfrutan las relaciones sexuales y consideran que no recibirán apoyo de su pareja para los cuidados de su hijo.

Atkin (1988) ha observado algunas características en las adolescentes embarazadas que están en unión libre que las diferencian de las solteras y de las casadas. Encontró que aquellas tienen menor escolaridad y menos aspiraciones escolares, sus familias tienen embarazos precoces con mayor frecuencia y generalmente existen conflictos parentales. Además tienen una baja autoestima y mayores conflictos con su pareja.

Por otro lado Skala y cols. (1990) encontraron que las adolescentes que están en unión libre tienen menor escolaridad y mayor frecuencia de familiares que se han embarazado antes de los 18 años en comparación con las adolescentes casadas. También se observa que las unidas

tienen padres con un mayor nivel laboral que los de las solteras. En el área de expectativas y características personales estos autores encontraron que, en comparación con las casadas, las adolescentes que viven en unión libre tienen una menor autoestima y, tanto ellas como sus padres, tenían menores expectativas en cuanto a los estudios y trabajo de la adolescente desde antes del embarazo. Además observaron que las solteras tenían menor tiempo de relación antes del embarazo que las adolescentes unidas. Entre las adolescentes que se unieron con su pareja a raíz del embarazo, las de unión libre reportan tanto menor comunicación como satisfacción en la relación con él y una relación menos favorable con sus padres.

Todo esto muestra que el estado emocional que presentan las adolescentes embarazadas, es decir, la presencia de altos niveles de depresión, estrés y ansiedad está determinado por una serie de variables internas y externas, entre las que se encuentran el grado de aceptación del embarazo, el tipo de personalidad, su estado civil, el apoyo que reciben por parte de su pareja, de los familiares y de los amigos. Todos estos factores, no sólo van a determinar el estado emocional de la adolescente embarazada, también determinan el ajuste o la adaptación a su nueva condición como madre.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La actitud de una adolescente es una variable inicial que resume las cogniciones que la mujer tiene acerca de su embarazo, en virtud de su formación, ideas, circunstancias, etc., mientras que la adaptación es el resultado de un trabajo de afrontamiento de su situación (Moos, 1986).

Desde el primer momento de la gestación la mujer se está adaptando y a la vez modificando su actitud. Un embarazo no planeado puede presentar una actitud de rechazo en el tercer mes, para cambiar a una de adaptación o ambivalencia en el séptimo mes, por ejemplo. El grado de adaptación está determinado por una serie de variables, entre las que figuran la personalidad, la visualización de sí mismas como madres, las relaciones con su propia madre, si el embarazo fue deseado o no, las relaciones con el marido, las experiencias pasadas y ciertos estresores adicionales (Moos, 1986).

La adaptación a la maternidad de la adolescente embarazada es un aspecto de suma importancia, debido a que la chica se encuentra en una etapa en que depende afectiva y económicamente de su familia. Además, la inmadurez de la adolescente embarazada y la falta de recursos para afrontar su situación aumentan su susceptibilidad a los problemas psicosociales (Moos, 1986).

Dentro del proceso de adaptación, las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones básicas, solucionar sus problemas y regular las emociones provocadas por su situación (De Anda y cols. 1991).

De Anda y cols. (1991) encontraron que las adolescentes embarazadas tienen un repertorio muy limitado de estrategias para manejar su estado emocional y las situaciones que se les presentan; emplean pocas estrategias de afrontamiento, las cuales son generalmente adaptativas, pero mínimamente eficaces.

Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por las adolescentes embarazadas, de acuerdo con De Anda y cols. (1991 y 1992) son: 1) descarga emocional; 2) distracción (ver televisión o escuchar música); 3) relajación; 4) aislamiento y 5) buscar ayuda o hablar con alguien.

Mientras que Moos (1986) refiere que algunas adolescentes frecuentemente tratan de reducir sus tensiones a través de la ingesta de bebidas alcohólicas, evitando pensar en su embarazo y en su bebé y negando los cambios que podrían ocurrir después del nacimiento de su hijo.

De Anda y cols. (1992) también observaron que las estrategias de afrontamiento que utilizan las adolescentes están en estrecha relación con el estado emocional que presentan. Las adolescentes que presentan altos niveles de ansiedad y de estrés emplean estrategias de afrontamiento con mayor frecuencia que las adolescentes que presentan bajos niveles de estrés y ansiedad, es decir, hacen más cosas por tratar de manejar su situación, aunque generalmente no lo consiguen.

Así pues, podemos ver que el proceso de adaptación a la maternidad por parte de la adolescente embarazada está estrechamente relacionado, por un lado con el estado emocional que presenta y por otro lado con el tipo de estrategias de afrontamiento que utilizan. Con respecto a esto, se puede apreciar que las adolescentes embarazadas utilizan con mayor frecuencia estilos de afrontamiento dirigidos a controlar su estado emocional (relajarse, descargar sus emociones, tomar bebidas alcohólicas, distraerse, entre otros) y con menor frecuencia estilos de afrontamiento dirigidos a solucionar el problema (buscar ayuda o hablar con alguien). Probablemente las adolescentes embarazadas tengan un estilo de afrontamiento dirigido a las emociones para que, una vez controladas éstas, puedan solucionar su problema o bien porque tienen una inhabilidad para solucionar su problemática.

A lo largo de este capítulo revisamos las causas del embarazo adolescente, las consecuencias de éste y el estado emocional de la adolescente embarazada. Dentro de esta revisión se pudo apreciar que el fenómeno del embarazo adolescente es una situación que está determinada por factores de tipo familiar, social, educativo y además por las características propias de la adolescencia. Así mismo, el embarazo en las adolescentes trae serias repercusiones de tipo familiar, social y emocional, no solo sobre la adolescente, sino también sobre su hijo. Las cuales pueden provocar problemas de salud peri y post-natal, mala adaptación al rol materno, entre otras. A este respecto, observamos que el apoyo que reciben las adolescentes de sus parejas o de su familia, su condición social y educativa y el tipo de personalidad de estas mujeres pueden lograr disminuir las repercusiones negativas que pudiera conllevar su embarazo.

□

ANSIEDAD

Uno de los primeros autores que definió el término de ansiedad fue S. Freud (1926), quien consideraba a la ansiedad como una señal experimentada como peligrosa. Freud menciona que la ansiedad es un elemento de la función de defensa del yo que hace que se movilicen las energías y se pongan en juego todos los procedimientos de lucha ante el peligro interno. Este autor menciona que la ansiedad consiste en "un apronte para el peligro el cual se exterioriza en un aumento de la atención sensorial y en una tensión motriz"; en ese apronte expectante se origina, por un lado, la acción motriz (primero la huida y en un nivel superior la defensa activa), por el otro, lo que sentimos como estado de angustia, es decir, el estado emocional que se origina.

Más recientemente, Vallejo y Gasto (1990), Everly (1989), Salvatierra (1989) y Loder (citado por Archundia, 1981) consideran que la ansiedad consiste en una respuesta emocional o afectiva, que conlleva una activación biológica básica y tiene un referente conductual.

Así pues, la ansiedad como síndrome de respuesta emocional, tiene tres dimensiones:

- Cognitiva, que incluye la percepción de una amenaza o peligro real y objetivo o confuso y subjetivo.

- Cambios fisiológicos, que se refieren a cambios a nivel autonómico y neuroendócrino, los cuales forman parte de la sintomatología y de la motilidad.

- Conductual, que se refiere a las tendencias de acción y a todos los intentos por manejar la situación que provocó la ansiedad.

Estos componentes de la ansiedad no funcionan de una forma separada, sino que interrelacionan entre sí para conformar una respuesta global.

ASPECTOS COGNITIVOS DE LA ANSIEDAD

Vallejo y Gasto (1990), Loosli-Usteri (1982), Caso (1989) y Freedman, Kaplan y Sadock (1975) mencionan que la ansiedad es un estado de inquietud y conflicto, caracterizada por una respuesta de alerta ante una señal difusa de peligro o amenaza. Así mismo, aparece ante cualquier eventualidad que amenace la identidad y/o la integridad del yo o que sea interpretada por el sujeto como tal.

También dichos autores refieren que la ansiedad incluye diversos componentes de la experiencia subjetiva, como la conciencia de la propia impotencia ante la amenaza o la vivencia de un peligro inmediato.

Por otra parte, señalan que la ansiedad se asemeja al miedo, pero en éste hay la percepción de una situación u objeto claramente amenazante, conocido, externo, inmediato y bien definido; mientras que en la ansiedad dicha situación u objeto no se perciben más que de una manera confusa y vaga, la amenaza es desconocida, interna, futura, subjetiva y de origen conflictivo.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que ante un estímulo interno o externo ya sea esperado o inesperado se presenta una evaluación cognitiva, llamada evaluación primaria. Esta evaluación

consiste en la cognición individual de un acontecimiento, o de una situación que puede ser considerada como irrelevante, como un suceso positivo o benigno, o como estresante. Cuando el encuentro con el evento no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro se considera como irrelevante. Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que significan daño o pérdida, una amenaza y un reto o un desafío. El daño o pérdida se presenta cuando el individuo ha recibido algún perjuicio o bien haber perdido a algún ser querido. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén y se acompaña de sentimientos tales como miedo, ansiedad y mal humor. En el desafío existe una necesidad de confrontación, que se acompaña por sentimientos de excitación, impaciencia y regocijo.

Por su parte, Salvatierra (1989) menciona que la evaluación que hace el sujeto de un evento depende de factores personales, actitudes, creencias, factores situacionales (tales como la novedad, predictibilidad e incertidumbre del suceso), la duración e inminencia del mismo y el momento de la vida del sujeto en que sucede. También depende de una serie de variables intermedias, tales como la personalidad del sujeto, sus experiencias anteriores, su capacidad, habilidad y el apoyo social con que cuenta. Así pues, una situación objetivamente estresante puede no ser percibida como una amenaza, bien por defecto de información, en cuyo caso la evaluación primaria no le dará significación, o bien porque el sujeto posee, o simplemente cree poseer, la experiencia y habilidad para afrontar la situación con éxito. Viceversa: una situación banal puede percibirse como amenazante, en determinadas condiciones dependientes del carácter del estímulo, las experiencias anteriores y, fundamentalmente, de los pensamientos y emociones que embargan al sujeto.

En general los aspectos cognitivos de la ansiedad se refieren a la percepción de una amenaza por parte del sujeto, independientemente de si se trata de un evento capaz de ser manejado o si se trata de una amenaza objetiva o subjetiva, el sujeto siempre tendrá la sensación de conflicto.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD

Los cambios a nivel neurohormonal que se producen ante una situación que genera ansiedad, de acuerdo con Valdés y Flores (1985), son:

1. Activación del sistema ergotro-p-adrenérgico-simpático. A través del locus coeruleus se produce una descarga de monoaminas, con aumento de la concentración plasmática. Inicialmente hay una deplección en el sistema nervioso, pero con un nivel de ansiedad continuado la síntesis llega a compensar la pérdida, y el contenido general de monoaminas del cerebro puede aumentar. Hay cambios similares en catecolaminas, dopamina, serotonina y también en acetilcolina y opioides endógenos (endorfinas y encefalinas).

2. Aumento de la producción de neuropeptidos hipotalámicos, fundamentalmente vasopresina, occitocina y hormona liberadora de corticotropina. Además de sus acciones periféricas como anti-diurético, la vasopresina aumenta la capacidad de recuerdo, mientras que la occitocina es estimulante del miometrio y tiene un efecto amnésico.

3. La vasopresina, junto con la corticotropina, estimula la secreción de la hormona adrenocorticotropina (ACTH), mientras que la occitocina parece inhibir su producción. Aunado a la liberación de la ACTH, la hipófisis descarga beta-endorfina en la circulación periférica. La ACTH induce un aumento de secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. Simultáneamente hay otras modificaciones neurohumorales, como el alza de hormona de crecimiento, y los subsiguientes cambios metabólicos.

Salvatierra (1989) menciona dos reacciones, una normal y otra patológica de la ansiedad a nivel biológico:

1. La reacción normal a la ansiedad, con la activación del sistema ergotropo-adrenérgico-simpático (SEAS), descarga de catecolaminas e hiperfunción hipofiso-suprarrenal, que conlleva una activación que es una movilización de los recursos orgánicos para manejar la ansiedad, que puede evolucionar hacia lo patológico si existen deficiencias fisiológicas o puntos débiles en el organismo.

2. La reacción anormal, bien por un nivel de ansiedad excesivo o crónico con agotamiento del SEAS, se refiere a una actividad serotoninérgica excesiva que puede asociarse a un cuadro emocional, fundamentalmente depresivo, con inhibición inmunitaria, desánimo y conducta de abandono (desesperanza, invalidez).

Dicho de otra manera, el estado de ansiedad causa modificaciones neuroendocrinas que pueden llegar a ser tan intensas y anormales que causen perturbaciones patológicas, primero funcionales, pero luego, en casos persistentes o extremos, también emocionales.

Por otro lado, Salvatierra (1989) nos señala que la sensación emocional o afectiva de la ansiedad es la percepción de la activación del sistema nervioso vegetativo, con aumento generalizado y difuso de la actividad de los órganos periféricos (frecuencia cardíaca, tensión arterial, etc.); mientras que la experiencia de una emoción particular se crea por la interacción con la actividad cognitiva. Además, el tipo de emoción depende de una transacción entre la atribución causal de la situación generadora de ansiedad hecha por el sujeto y de la evaluación cognitiva, es decir, del significado de esa atribución para su bienestar.

En resumen, podemos decir que durante un estado de ansiedad hay primeramente una activación neurovegetativa, análoga a un estado de emergencia, seguida de modificaciones hormonales y de la aparición de comportamientos con los que el sujeto intenta afrontar la situación, adaptándose, superándola o evitándola.

ASPECTOS CONDUCTUALES DE LA ANSIEDAD

Vallejo y Gasto (1990) y Valdés y Flores (1985) señalan que la ansiedad es una reacción adaptativa de urgencia ante los peligros inmediatos, que aporta al individuo las máximas capacidades para sobrevivir. Estos autores también mencionan que la activación biológica que se genera por un estado de ansiedad es una preparación del organismo para afrontar las situaciones a través de conductas adaptativas, es decir conductas que le permitan al sujeto adaptarse a su medio y tener un óptimo funcionamiento.

La conducta adaptativa persigue reducir la activación provocada por la cognición de una amenaza percibida del entorno, lo que implica una valoración acerca del riesgo que se corre y de las posibilidades del sujeto para afrontarlo. Por lo tanto, se habla de estrategias de afrontamiento y no de conductas de naturaleza refleja que, aunque adaptativas, excluyen la apreciación del organismo como sujeto de conocimiento (Valdés y Flores, 1985).

Valdés y Flores (1985) señalan que una primera fase de los aspectos conductuales de la ansiedad son reconocidos como evaluación secundaria esta evaluación se refiere a la utilización de toda la dotación psíquica para apreciar su capacidad de enfrentarse con la situación (expectación de eficacia) y el probable desarrollo de las consecuencias (expectación de resultados). Es decir, esta evaluación representa una atribución de propiedades y causalidades de los acontecimientos, que permite al sujeto tomar acciones para manejar la situación.

Una segunda fase de la activación conductual, mencionada por Valdés y Flores (1985), se expresa a través de comportamientos adaptativos por su eficacia para suprimir los estímulos amenazadores o por su valor para reducir la activación biológica que provocan. En otras ocasiones, esa activación da lugar a conductas de lucha en busca del control de la situación y, por último, puede generar una inhibición conductual como otra alternativa posible en respuesta a la activación biológica general.

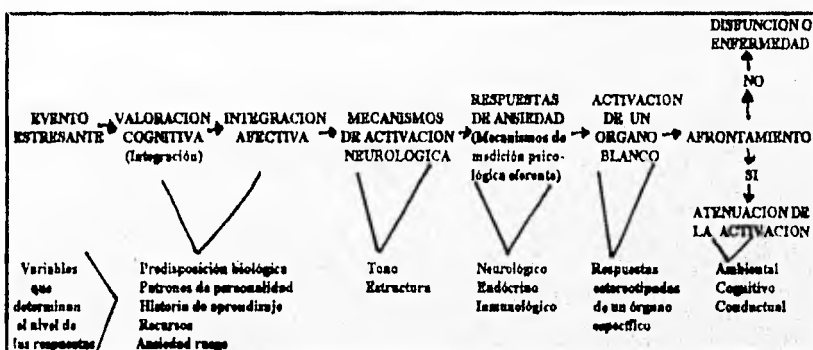
Las conductas adaptativas reciben ese nombre por sus efectos reductores de la activación y por el hecho de ser dependientes de motivaciones homeostáticas. No obstante, van precedidas de una activación que facilita su ejecución. Estas conductas emergen como resultado de una activación excesiva y tienen un efecto decisivo para la homeostasis biológica. Los organismos pueden restaurar su homeostasis interna operando sobre el entorno, con el fin de modificarlo hasta conseguir que de él procedan estímulos alternativos a los que generan tensión (Valdés y Flores, 1985).

La inhibición conductual es el efecto aparente de un estado máximo de activación, resultado de la cognición de indefensión que el organismo hace a partir de la evaluación del entorno y de sus posibilidades para adaptarse a él. El organismo afronta activamente la situación sin recurrir a defensas psicológicas, ni a estrategias primitivas; la inhibición llega a reducir la activación a base de desconectar al organismo de los estímulos del entorno o mediante una respuesta de abandono (Valdés y Flores, 1985).

Las conductas de lucha se refieren a los intentos adaptativos del organismo para identificarse con el entorno, los cuales conducen a un estado de afrontamiento permanente, en la medida en que la acción no es definitivamente eficaz para suprimir la activación que provoca la cognición de amenaza (conductas de afrontamiento inadecuadas) o bien por una serie de respuestas capaces de reducir la activación biológica generada por el estímulo estresante (conductas de afrontamiento adecuadas) (Valdés y Flores, 1985).

Así pues, los aspectos conductuales de la ansiedad se refieren a todas aquellas acciones que el sujeto realiza para manejar (resolviendo o evitando) el problema o la situación generadora de ansiedad, es decir este aspecto de la ansiedad se refiere a las conductas de afrontamiento que utiliza un sujeto para manejar los estímulos generadores de ansiedad.

El esquema N° 1, elaborado por Everly en 1989, señala la relación existente entre los tres diferentes aspectos de la ansiedad (cognitivo, biológico y conductual). Como puede observarse en este esquema, ante un evento estresante existe una valoración cognitiva, la cual depende de la predisposición biológica del sujeto, de los patrones de personalidad, de las experiencias pasadas, de los recursos del sujeto y de su nivel de ansiedad rasgo. La valoración cognitiva y afectiva que se hizo sobre el evento, da paso a una activación neurológica, que se manifiesta en una elevación del nivel de ansiedad, ante la cual el sujeto da una respuesta biológica específica y una respuesta de afrontamiento conductual o cognitiva que puede o no eliminar o disminuir la activación que generó el estímulo estresante.



Esquema N° 1. Modelo de respuesta a la ansiedad (Everly, 1989).

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ANSIEDAD

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) existe un Trastorno por ansiedad generalizada, el cual tiene como sintomatología esencial una ansiedad y preocupación no realista o excesiva sobre dos o más circunstancias vitales. También existen muchos síntomas de tensión motora, de hiperactividad vegetativa y de hipervigilancia.

Los síntomas de tensión motora observados en el trastorno por ansiedad generalizada incluyen temblor, contracciones, sacudidas, tensiones y dolores musculares, inquietud y fatiga excesiva.

Los síntomas de la hiperactividad vegetativa incluyen falta de aliento o sensación de ahogo, palpitaciones o ritmo cardiaco acelerado (taquicardia), sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareo o sensación de inestabilidad, náuseas, diarrea u otros trastornos abdominales, sofocaciones o escalofríos, micción frecuente, dificultades para tragar o sensación de "nudo en la garganta".

Los síntomas de hipervigilancia incluyen sentirse atrapado o al borde de un peligro, exageración de la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, episodios en los cuales la mente se queda en blanco debido a la ansiedad, dificultades para dormir o mantener el sueño e irritabilidad.

En el DSM-IV se menciona que en este trastorno son frecuentes los sentimientos depresivos leves. Asimismo, Caso (1989) menciona que la ansiedad es un síndrome y que se puede encontrar en la neurosis, en la depresión o en la esquizofrenia.

Existen otros autores que mencionan las manifestaciones de la ansiedad. Por ejemplo, Cecil (1987), Caso (1989) y Salvatierra (1989), nos señalan que éstas pueden dividirse en cuatro grandes grupos:

1) Alteraciones de tipo intelectual, en las cuales el individuo puede utilizar sus capacidades inadecuadamente mostrando dificultades en la atención, concentración, memoria, etc.

2) Alteraciones de tipo conductual, en las que el individuo presenta agresión, violencia, adicción al alcohol o a las drogas, bulimia, etc.

3) Alteraciones de tipo somático, que se pueden presentar por medio de trastornos digestivos, respiratorios, temblores, palidez de la cara, sensación de flojera o escasa energía, insomnio, diarrea, anorexia, taquicardia, debilidad, cefaleas, dolores musculares, letargo, disminución de la libido, elevación de la tensión arterial, etc. A este respecto, Salvatierra (1989) menciona que algunas personas expresan su ansiedad a través de síntomas orgánicos con los que encubren su estado emocional, tales desórdenes funcionales objetivables los denomina de conversión psicoosmática.

4) Alteraciones de tipo emocional, entre las que se encuentran desconfianza, sentimientos de culpa e inutilidad, dependencia, inestabilidad emocional, mostrar desánimo y desaliento con facilidad, inseguridad en sí mismo, autodevaluación, suspicacia de otros y tensión general. Además puede presentar sentimientos de temor, aprensión e impotencia.

Las manifestaciones de la ansiedad, así como la intensidad de esta puede variar dependiendo de diversos factores como son la etapa del desarrollo en la que se encuentra un sujeto, la calidad de relación con los padres, la cultura, el sexo y algunos rasgos de personalidad.

Vallejo y Gasto (1990), Loosli-Usteri (1982), Puyuelo (1984), entre otros autores consideran a la ansiedad como una reacción normal ante los diversos períodos de la vida (por ejemplo, la adolescencia) o cambios en el estilo o forma de vida (por ejemplo, el matrimonio), así como ante las situaciones eventuales problemáticas o amenazantes; es decir, la ansiedad esta presente siempre que se presenta una situación nueva que cambie, modifique o altere alguna situación previa.

Caso (1989) por su parte, menciona que los padres tienen una importante influencia en la susceptibilidad a la ansiedad. Este autor señala que el niño se da cuenta de que sus padres responden con ansiedad a cualquier pequeño factor o situación estresante y tempranamente desarrollan un patrón de respuesta similar. Asimismo, señala que los padres poco afectivos, insensibles y/o alejados de sus hijos emocionalmente, frecuentemente provocan ansiedad en sus hijos, ya que los aíslan de su mundo afectivo y, por lo tanto, el niño se aísla y vive emocionalmente solo, por lo que frecuentemente responden con un alto nivel de ansiedad ante los problemas que se les presentan o ante los cambios que viven (por ejemplo en la adolescencia).

Archundia Sanchez (1981) por su parte menciona que la ansiedad, como un sistema de respuesta, involucra factores biológicos que pueden tener determinantes culturales. Es decir, un

estímulo sea capaz de producir ansiedad si es percibido, desde el marco sociocultural en el que se encuentra inmerso un sujeto, como amenazante, y la respuesta de ansiedad ante ese evento no solo dependem de factores personales, sino además de factores culturales.

Everly (1989) señala que la respuesta de ansiedad es un proceso complejo de respuesta cognitiva, biológica y conductual, que generalmente es idéntico en hombres y mujeres; sin embargo, también nos marca algunas diferencias entre ambos sexos. Este autor menciona que la más notable diferencia entre los hombres y las mujeres en su respuesta fisiológica de ansiedad se da en su reacción medulo-adrenal. Las mujeres son menos propensas que los hombres a reaccionar con un incremento en la secreción de adrenalina cuando se enfrentan con eventos generadores de ansiedad. En general, los autorreportes de ansiedad en las mujeres muestran mayor inconformidad, desconfianza y en general mayores síntomas emocionales que los hombres, pese a que en las mujeres existe una descarga menor de adrenalina. Así mismo, las mujeres tienen una mayor tendencia a interpretar negativamente los efectos que surgen de una respuesta de ansiedad que los hombres.

Everly (1989) también menciona que los hombres presentan un decremento en su sistema de inhibición conductual y presentan conductas proactivas cuando tienen experiencias que les generan ansiedad. Mientras que las mujeres tienden a presentar un aumento en su sistema de inhibición conductual cuando se enfrentan con tales experiencias. Por lo que las mujeres son más propensas a presentar fobias, reacciones de depresión, introversión, timidez y temor, así como menor tendencia a presentar conductas proactivas que solucionen la situación que les generó ansiedad, las cuales pueden estar relacionadas con una mayor inhibición conductual. Sin embargo, menciona este autor, la presencia en las mujeres de dicha inhibición conductual ante las situaciones generadoras de ansiedad puede ser aprendida y no sólo mediada hormonalmente.

Collins (citado por Everly, 1989) encontró que la orientación del rol sexual puede tener diferentes implicaciones en las manifestaciones de la ansiedad y puede reflejarse en las respuestas psicofisiológicas ante las situaciones que generan ansiedad en los hombres y en las mujeres. Es decir, la secreción de adrenalina durante las situaciones de ansiedad es más alta en las mujeres que realizan actividades catalogadas como masculinas (por ejemplo tener un puesto ejecutivo) que en las mujeres que realizan actividades catalogadas como femeninas (por ejemplo, las mujeres que están dedicadas al hogar y al cuidado de los hijos).

Salvatierra (1989) menciona que el locus de control también puede influir en las respuestas de ansiedad; ya que los sujetos con un locus de control interno, es decir, que tienen la creencia de que los sucesos dependen de la propia conducta y pueden ser controlados por él mismo, presentan un menor nivel de ansiedad ante una situación problemática; mientras que los poseedores de un locus externo, es decir, que creen que los sucesos se deben a la suerte, el azar, el destino o a otras creencias similares y que escapan a su control, presentan un mayor nivel de ansiedad ante la misma situación problemática. Así pues, los sujetos con locus de control interno evalúan la situación como controlable y viceversa los que tienen un locus de control externo son mucho más vulnerables a la ansiedad.

Como podemos ver, existen diferentes manifestaciones de la ansiedad a diferentes niveles, fisiológico, conductual, intelectual y emocional que varían dependiendo del sexo, el tipo de personalidad, las experiencias pasadas, entre otras variables. Además, de acuerdo a la intensidad de las manifestaciones de la ansiedad o a la respuesta que el sujeto da ante la situación que le

generó ansiedad, puede existir un deterioro en el funcionamiento de la persona en el medio en que se desenvuelve o bien puede existir una adecuada adaptación a su medio.

ANSIEDAD RASGO Y ANSIEDAD ESTADO

Spielberger y Díaz Guerrero (1975), mencionan que la ansiedad tiene dos dimensiones distintas, una llamada ansiedad-rasgo y otra ansiedad-estado.

La ansiedad-estado es definida por dichos autores como "una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por el aumento de la actividad del sistema nervioso central; estos estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo". Es decir, la ansiedad-estado se refiere a la respuesta conductual, cognitiva y fisiológica que da una persona en un momento en específico, ante un evento en particular.

Mientras que la ansiedad-rasgo la conceptualizan como "las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, o bien a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la ansiedad-estado". Es decir, la ansiedad-rasgo es el nivel de ansiedad que generalmente muestra una determinada persona.

En general, mencionan Spielberg y Díaz-Guerrero (1975), quienes presentan un alto nivel de ansiedad-rasgo tienen con mayor frecuencia elevaciones en el nivel de ansiedad-estado que los sujetos que presentan un bajo nivel de ansiedad-rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Estos autores también señalan que las personas con un elevado nivel de ansiedad-rasgo también responden con un incremento en la intensidad de ansiedad-estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima. Asimismo consideran que el hecho de que las personas que difieren en ansiedad-rasgo muestren o no diferencias correspondientes en ansiedad-estado, depende del grado en el que una situación específica es percibida por un sujeto como amenazante o peligrosa.

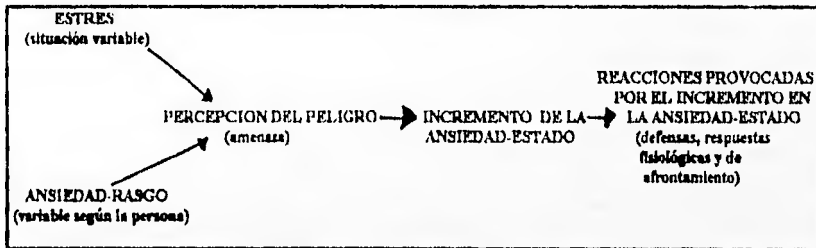
ANSIEDAD Y ESTRÉS

Freedman, Kaplan y Sadock (1975), Salvatierra (1989), Goldberger y Breznitz (1982) y Lazarus y Folkman (1984) mencionan que los estímulos que ponen en marcha el estado de ansiedad se relacionan con el estrés y definen estrés como todos aquellos estímulos capaces de producir ansiedad. Señalan además que un acontecimiento externo puede llamarse estresante si la persona es incapaz de enfrentarse con él o si la reactividad nerviosa es excesiva o prolongada. Por tanto, el hecho de que un acontecimiento provoque estrés o no, depende de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con él.

En relación al estrés, Lazarus y Folkman (1984) mencionan que se trata de una relación entre la persona y el ambiente, apreciada por la persona como amenazadora o excedente de sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Esto significa que el estrés no puede ser definido sin referencia al individuo que está expuesto y reacciona ante su medio ambiente. Además, estos autores señalan que no es el cambio, o la falta de cambio, lo necesariamente estresante, sino la

cognición de la totalidad de la relación entre individuo y su ambiente; ya que si esa cognición es de fracaso o de desesperanza ocasiona estrés y por ende, se presenta una elevación en el nivel de ansiedad estado.

En el esquema N° 2 mostramos la forma en que Goldberger y Breenitz (1982) grafican el proceso de ansiedad y de estrés, es decir, como están relacionados ambos conceptos. Como podemos apreciar en dicho esquema, existe un determinado nivel de ansiedad-rasgo, el cual varía de acuerdo a los rasgos de personalidad del sujeto, y cuando la persona se expone ante una situación determinada que es percibida como estresante o peligrosa se genera un aumento en el nivel de ansiedad-estado y con ello se desencadena la respuesta cognitiva, biológica y conductual típica del sujeto ante dichas situaciones estresantes.



Esquema N° 2. Proceso de estrés y ansiedad. (Goldberger y Breenitz, 1982)

MEDICION DE LA ANSIEDAD

Para la medición de la ansiedad existe una prueba elaborada por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970 que es denominada Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), la cual, como su nombre lo indica, mide las dos dimensiones de la ansiedad (ansiedad rasgo y ansiedad estado). Este instrumento está conformado por dos escalas separadas de autoevaluación de veinte reactivos, una evalúa el nivel de ansiedad estado y la otra el nivel de ansiedad rasgo.

La confiabilidad del IDARE ha sido determinada mediante un análisis de correlación test-retest. De acuerdo con esto, la escala de ansiedad-rasgo tiene una correlación test-retest de 0.73 a 0.86; mientras que la escala de ansiedad-estado tiene una correlación test-retest de 0.16 a 0.54, lo cual refleja que esta escala mide el nivel de ansiedad que presenta una persona en un momento en específico, es decir, nos indica que el nivel de ansiedad estado está influenciado por factores situacionales. La consistencia interna del IDARE es alta, la escala de ansiedad-rasgo tiene una consistencia interna de 0.89 a 0.92 y la escala de ansiedad-estado de 0.86 a 0.92. La validez de esta prueba se ha evaluado a través de una correlación con otras pruebas que miden ansiedad, como la escala de ansiedad de Taylor, con la cual el IDARE tiene una correlación de 0.86 a 0.92 (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

Existe una versión en español del IDARE elaborada por Spielberg y Diaz-Guerrero en 1975 y más recientemente Morales y González (1990) normalizaron el IDARE en una población obstétrica del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

El IDARE, debido a su confiabilidad y validez, ha sido empleado en diversos estudios con mujeres embarazadas (Mercer y Ferketich, 1988; Reading, 1983; Zarco, 1990; Arclundia, 1981 y Valderrama, 1988); adolescentes embarazadas (de Anda y colaboradores, 1991 y 1992) y además

se ha utilizado como una medida de control en programas de manejo de estrés en adolescentes embarazadas (de Anda y colaboradores, 1990) y en programas de entrenamiento para adolescentes embarazadas (Lineberger, 1987).

Para terminar este capítulo mencionaremos que la ansiedad consiste en una respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y emocional ante un estímulo que es percibido como amenazante o conflictivo, dicha respuesta es variable de persona a persona dependiendo de diversos factores, tales como el sexo, la etapa del desarrollo que esta cursando la persona, entre otros. La respuesta de ansiedad, por un lado ayuda a que la persona se prepare para manejar el problema o la situación que le generó ansiedad y, por otro lado, cuando el nivel de ansiedad es exagerado, puede incapacitar a la persona para tomar acciones que le ayuden a manejar el problema.

□

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Una conducta de afrontamiento es definida por R. H. Moos (1986) como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto (por ejemplo, adolescente) o un grupo de individuos (por ejemplo, la familia) para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. Moos y Schaefer (1986) señalan que las habilidades de afrontamiento pueden ser enseñadas y usadas de una manera flexible de acuerdo a los requerimientos de la situación a la que se enfrenta el sujeto.

Así pues las habilidades de afrontamiento son empleadas para manejar los problemas que se le presentan a un sujeto o las situaciones que le causan estrés y ansiedad. Estas habilidades pueden usarse de manera individual, consecutivamente o en diferentes combinaciones. Además, Billings y Moos (1981) mencionan que las estrategias de afrontamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que estas pueden ser efectivas en una situación y no serlo en otra y agregan que en general, las habilidades pueden ser beneficiosas si se les da un uso moderado o temporal y también pueden ser dafinas si se depende o se confía exclusivamente en un solo tipo de habilidad.

ANTECEDENTES TEORICOS DEL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO

Moos y Billings (1982) enfatizan cuatro perspectivas teóricas dentro del afrontamiento, las cuales analizan la definición y la medición de los procesos y recursos de afrontamiento: 1) la teoría psicoanalítica, 2) la teoría del ciclo de la vida, 3) la teoría evolucionista y de modificación de conducta y 4) la aproximación cultural y socioecológica. Estos autores sintetizan estas cuatro teorías en un esquema conceptual de los procesos de afrontamiento, el cual especificaremos, al igual que cada una de las teorías antes mencionadas, en los apartados siguientes.

1) La perspectiva psicoanalítica toma sus bases con Freud y es posteriormente desarrollada por Witkin y Goodenough en 1977. Esta perspectiva enfatiza los procesos o funciones del yo (mecanismos de defensa o función defensiva, la función sintética, los procesos de realidad o la función autónoma y las áreas libres de conflicto del yo) para resolver los conflictos que surgen entre los impulsos y la realidad externa (Bellak y Small, 1970). Es decir, los procesos del yo sirven para resolver los conflictos entre los impulsos de un individuo y la represión de la realidad externa. Estos procesos del yo son mecanismos cognitivos (aunque pueden tener una expresión conductual), que pueden estar centrados o enfocados en las emociones (orientados hacia la reducción de la tensión) u orientados hacia la realidad o al problema y a las áreas libres de conflicto en el yo.

2) La perspectiva del ciclo de vida, formulada por Erikson en 1963, se centra en la acumulación gradual de los recursos personales de afrontamiento en la vida de un individuo. Esta perspectiva enfatiza que el manejo exitoso de las transiciones del desarrollo incrementan los recursos personales de afrontamiento, tales como la autoestima, la autosuficiencia, un sentido de poder y locus de control interno. Los recursos personales de afrontamiento (tales como el desarrollo de confianza y autonomía) aumentan durante la adolescencia y durante los años de la adultez joven, los cuales son integrados en el autoconcepto e influyen en los procesos de afrontamiento durante la adultez y la vejez. Esta perspectiva asume que la adecuada resolución de la transición y de la crisis que ocurre en cada punto en el ciclo de la vida representan recursos de afrontamiento que pueden ayudar a resolver las subsecuentes crisis.

3) La teoría evolucionista y de modificación de conducta, representada por Bandura desde 1977, hace énfasis en las estrategias y actividades conductuales dirigidas a la solución de problemas que pueden aumentar el sentido de autosuficiencia y la supervivencia individual y de las especies. Las aplicaciones iniciales del conductismo enfatiza los aspectos funcionales de las conductas; posteriormente también se le dió importancia a los componentes orientados cognitivamente para solucionar problemas. La orientación cognitivo conductual incluye las habilidades de solución de problemas y la valoración cognitiva individual para el manejo de un evento.

4) La aproximación cultural y socioecológica, enfatiza las conductas de afrontamiento para establecer una adaptación al medio ambiente físico y cultural. Además de remarcar la cualidad de las conductas adaptativas orientadas hacia la solución del problema, esta aproximación hace énfasis en las relaciones entre los organismos o grupos de organismos y el ambiente. La adaptación a las condiciones del ambiente físico y cultural se facilita por los efectos cooperativos de la comunidad humana, la cual está adaptada al ambiente. Un importante campo de estos recursos es la provisión de una forma de afrontamiento cultural, resolución y métodos de enseñanza de las habilidades necesarias para lograr la solución de los problemas. Otro campo de dominio esta compuesto de las redes sociales, las cuales pueden proporcionar recursos interpersonales como comprensión emocional, guía cognitiva y apoyo tangible. Además en esta perspectiva se señala que los recursos ambientales pueden afectar la valoración de la amenaza que puede implicar un evento, así como la elección, secuencia y efectividad relativa de las respuestas de afrontamiento que elige el sujeto.

5) La perspectiva integrativa que desarrollan Moos y Billings en 1982, considera a las estrategias de afrontamiento como una capacidad (conjuntamente con otros recursos) que puede aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores. En esta perspectiva se conceptualiza la relación entre los eventos o estresores de la vida y el funcionamiento, teniendo como mediadores los recursos de afrontamiento personales y ambientales y los procesos de afrontamiento, la valoración cognitiva, así como sus interrelaciones. Los eventos de la vida son considerados como estresores a corto plazo, a largo plazo, inherentes al desarrollo (adolescencia, vejez), estresores secuenciales (separación, embarazo, problemas escolares con un hijo) y tensiones crónicas de la vida (un trabajo monótono). Con respecto a los factores personales, el control de impulsos puede ayudar a una persona a evitar los estresores, mientras que un estilo de vida impulsivo en ocasiones puede precipitar los eventos estresantes; ya que una persona impulsiva esta más propensa a hacer mayores cambios en su vida (mudarse, cambiar de trabajo) y puede tomar riesgos que incrementen la probabilidad de experimentar eventos tales como accidentes o dificultades legales. En terminos de factores ambientales, vivir en el centro de la ciudad incrementa el riesgo de ser la víctima de un crimen, mientras que vivir dentro de una red social hace que se experimente la muerte de un vecino o amigo más dolorosa. Este modelo conceptual destaca que los eventos de la vida, los recursos de afrontamiento de la persona y el ambiente en el que se desarrollan los eventos, pueden afectar el proceso de valoración-revaloración, así como la selección de las respuestas de afrontamiento y su efectividad.

CLASIFICACION DEL AFRONTAMIENTO

Diversos autores (Billings y Moos, 1981; Moos y Billings, 1982; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1986; y Moos y Schaefer, 1986) clasifican a las respuestas de afrontamiento de dos formas, las cuales se refieren al método de afrontamiento y al foco del afrontamiento, en cada una de estas formas de clasificación existe una serie de respuestas de afrontamiento las cuales se irán revisando en diferentes apartados.

CLASIFICACION DE ACUERDO CON EL METODO DE AFRONTAMIENTO

Moos (1986) y otros autores señalan tres formas básicas de afrontamiento en términos de su método, a saber: cognoscitivo activo, conductual activo y evitativo.

Cognoscitivo activo.

Este tipo de afrontamiento se refiere basicamente a los intentos activos para resolver los eventos estresantes de una manera cognitiva, intrapsíquicamente o a una redefinición de las demandas para lograr hacerlas más manejables. Es decir se centra en el análisis o valoración y revaloración de las demandas o amenazas percibidas o provocadas por una situación, para tratar de entenderlas o comprenderlas y darles un significado o modificárselo, logrando así manejar la tensión provocada por la situación. Esto también es denominado afrontamiento centrado en la valoración.

El afrontamiento centrado en la valoración puede estar dirigido a la situación concreta o a los aspectos afectivos de un problema (o a ambos). El hecho de que los estresores tengan una valoración cognitiva es un factor central en la selección y utilización de las respuestas de afrontamiento.

El afrontamiento cognoscitivo-activo incluye los intentos para manejar las valoraciones propias de los eventos estresantes, tales como el análisis lógico, ver el lado positivo de la situación actual, buscar experiencias pasadas similares a la situación actual; así como identificar la causa de los problemas, poner atención en un aspecto de la situación en un momento y ensayar mentalmente acciones posibles y sus consecuencias.

La redefinición cognitiva también incluye estrategias cognitivas mediante las cuales una persona acepta la realidad de la situación pero sólo la reestructura para encontrar algo favorable. Tales estrategias involucran el recordarse a uno mismo que las cosas pueden ser peor, pensar que uno es afortunado con respecto a otras personas, crear situaciones hipotéticas que sean peores que las que están experimentando, concentrarse en pensamientos buenos que puedan desarrollarse para la situación, centrarse en los atributos personales que puedan tener alguna ventaja, considerar los valores y prioridades de la realidad del cambio, concentrarse en algo bueno que pueda disminuir la crisis o alterar los valores, tomar en cuenta las prioridades que se tengan para poder cambiar la realidad y considerar los aspectos beneficiosos del evento amenazante (tales como creer que fortalecerá la autoestima o la maduración personal). Tales percepciones selectivas pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudar a promover el reajuste.

Conductual activo.

Esta forma de afrontamiento involucra directamente las acciones para eliminar o reducir las demandas y/o incrementar los recursos para manejarlas. Es decir se refiere a las conductas manifiestas que intentan manejar directamente el problema y sus efectos, tales como tratar de conocer más sobre la situación, tomar acciones positivas para resolverla, hablar con un profesionalista sobre el problema, elaborar y seguir un plan de acción.

Evitativo.

El afrontamiento evitativo se refiere a los intentos para evitar enfrentarse al problema, negar o minimizar la seriedad de una crisis o para reducir indirectamente las tensiones emocionales por medio de conductas.

La evitación cognitiva incluye estrategias como negar el miedo que se siente o la ansiedad que aparece bajo el estrés, intentar olvidar la situación, negarse a creer que la realidad del problema, hacer bromas como una fantasía optimista en vez de pensar en la realidad del problema, prepararse para lo peor y guardarse los sentimientos para uno mismo.

Esta categoría abarca una clase de habilidades dirigidas a la crisis en sí misma, como cuando una adolescente que será madre rechaza el reconocimiento de que su bebé cambiará su vida (Moos, 1986). Esto también puede involucrar las consecuencias inmediatas de un evento, tales como la negación y la minimización de los afectos después de un desastre natural. Una vez que los eventos son aceptados, estos pueden ser dirigidos a darles una significancia a largo plazo, como cuando los supervivientes de un desastre creen que sus vidas retomarán a la normalidad rápidamente. También puede presentarse una supresión conciente, como cuando una mujer intenta sacar de su memoria que ha sido violada.

Estas habilidades también son descritas como mecanismos de defensa (negación, aislamiento, desplazamiento, etc.) porque son respuestas de autoprotección ante el estrés o la ansiedad. Generalmente estas habilidades no conllevan un valor constructivo, ya que equivalen a un auto-engañó y sólo alivian temporalmente a un individuo de la sobrecarga de ansiedad, aunque pueden proporcionar el tiempo necesario para adquirir otros recursos personales de afrontamiento, pero no ayudan a resolver o entender la crisis sino a aplazar la resolución del conflicto.

CLASIFICACION DE ACUERDO CON EL FOCO DE AFRONTAMIENTO

Según Moos (1986) y otros autores las habilidades pueden ser organizadas en dos grandes áreas de acuerdo con su foco: centrado en el problema (en donde se incluye el análisis lógico, la búsqueda de información o ayuda y tomar acciones para solucionar el problema) y centrado en las emociones (que abarca la regulación afectiva y la descarga emocional).

Centrado en el problema.

El afrontamiento centrado en el problema busca confrontar la realidad de una crisis y sus consecuencias para manejar las consecuencias tangibles e intentar construir una situación más satisfactoria. Así mismo, busca la modificación o eliminación de la fuente de estrés, manejar las

consecuencias de un problema o activar cambios en la estructura del yo y resolver una situación de una forma satisfactoria.

Las estrategias enfocadas al problema pueden dirigirse al análisis lógico, a la búsqueda de información o a la solución del problema.

a) **Análisis lógico.** Esta categoría involucra intentos para manejar la situación problemática mediante un análisis objetivo de la situación problemática. Tales respuestas de afrontamiento involucran tomar planes a corto plazo para manejar los resultados reales y considerar el ambiente que puede apoyar o limitar las metas a conseguir. Además, este tipo de afrontamiento puede ayudar a la persona a manejar las emociones provocadas por una situación y a hacer una preparación mental para superar los problemas y pensar en los pasos que deben realizar.

b) **Buscar información o ayuda.** Este tipo de habilidad abarca la búsqueda de información sobre el problema y sobre los tipos de acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados. Las respuestas en esta categoría involucran la búsqueda de más información sobre la situación; obtener dirección y guía de una autoridad o un profesionista; hablar con el esposo u otras personas importantes o amigos sobre el problema y pedir a alguien que proporcione un adecuado tipo de ayuda. Muchas personas obtienen apoyo a través de la incorporación a grupos especiales, tales como una organización o un pequeño grupo de personas que sufren algún tipo de crisis específica. Estos grupos pueden proveer un tipo de ayuda, tales como información sobre la forma en que las personas manejaron sus dificultades en situaciones similares. Esta ayuda puede ser una valiosa fuente de aumento en la comprensión del problema y brindar una sensación de autoconfianza.

c) **Tomar acciones para solucionar el problema.** Este tipo de habilidades involucra tomar acciones concretas para manejar directamente la crisis o sus consecuencias. Estas estrategias incluyen hacer planes alternativos, tomar acciones específicas y concretas para manejar directamente la situación, aprender nuevas habilidades dirigidas al manejo del problema y negociar y comprometerse para lograr resolver las consecuencias del problema. Tales conductas pueden generar una sensación de competencia, autoeficiencia y autoestima cuando las personas toman estrategias de afrontamiento asertivas.

Centrado en las emociones.

El afrontamiento centrado en las emociones se dirige a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y para mantener el equilibrio afectivo. Este tipo de afrontamiento incluye respuestas conductuales o cognitivas cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores.

El afrontamiento centrado en las emociones puede proveer los recursos necesarios para manejar un problema; por ejemplo, expresar las emociones a través del llanto o de quejidos puede provocar una disminución de la tensión para poder llevar a cabo los caminos alternativos que permitan manejar un problema.

Las estrategias enfocadas a las emociones pueden dirigirse a la regulación afectiva o a la descarga emocional.

a) **Regulación afectiva.** Esta estrategia involucra el control de los efectos directos de las emociones provocadas por el problema, mediante un aplazamiento conciente de los impulsos (supresión), experimentar y trabajar cognitivamente los propios sentimientos, mantener la esperanza, intentar no ser perturbado por los sentimientos conflictivos, mantener un sentido de orgullo y tratar de mantener los sentimientos ocultos y tolerar la ambigüedad mediante la realización de acciones inmediatas. Esto ocurre cuando una persona reacciona ante un desastre o crisis tranquilamente, antes que presentar terror o consternación o cuando los individuos hablan de su situación con un aire de insensibilidad, desinterés y orgullo, guardándose los sentimientos.

b) **Descarga emocional.** Esta clase de respuesta incluye la expresión franca y abierta de las emociones provocadas por un evento, lo que permite la salida de los sentimientos de enojo y desesperación. Incluye las expresiones verbales para desahogarse, llorar, gritar en protesta a un pronóstico fatal o a la muerte súbita de una persona amada, comer demasiado e involucrarse en conductas impulsivas o de acting out, tales como en actividades sexuales promiscuas u otras que expresen la incomformidad con las normas sociales. Otros ejemplos de las estrategias de reducción de la tensión incluyen el alcoholismo, el tabaquismo y tomar tranquilizantes y otros medicamentos.

Estas ocho categorías de respuestas de afrontamiento abarcan los tipos más comunes de habilidades de afrontamiento empleadas para manejar los cambios de vida o las exigencias internas o externas. Tales habilidades son raramente usadas solas o exclusivamente. Una persona puede negar o minimizar la seriedad de una crisis mientras que habla con un miembro de la familia, busca información relevante de un abogado o de otra persona de la comunidad que pueda ayudarlo, también requiere tranquilizarse o necesita ayuda emocional de un amigo y así sucesivamente. Generalmente una crisis presenta un determinado tipo de tareas relacionadas, que requiere de una combinación o de una secuencia de habilidades de afrontamiento para resolverla en una forma adaptativa.

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO

En este apartado, antes de hablar de los recursos de afrontamiento, mencionaremos brevemente como se da la adquisición de conductas de afrontamiento.

Para Patterson y McCubbin (1987), los estímulos para adquirir nuevas respuestas de afrontamiento se relacionan con la percepción o experimentación de una serie de nuevas demandas y/o un incremento de dichas demandas, para las cuales no existe un repertorio de respuestas de afrontamiento o el existente no es o ha dejado de ser efectivo. Estos autores señalan que los periodos de rápidos cambios de la sociedad (por ejemplo, el cambio en el papel de la mujer), en la familia (por ejemplo, el divorcio), y en los miembros de la familia (por ejemplo, el desarrollo de la adolescencia) son más susceptibles para que aumenten las demandas y se requiera de que se adquieran o cambien las habilidades de afrontamiento para tratar de recobrar la homeostasis perdida o se pueda lograr una adaptación al medio social. Además, estas situaciones de rápidos cambios requieren de una adquisición de nuevas conductas o habilidades de afrontamiento que permitan afrontar demandas futuras.

En contraste al afrontamiento, el cual es lo que uno hace, los recursos de afrontamiento se refieren a lo que uno tiene. Patterson y McCubbin (1987) señalan que el afrontamiento involucra el uso de los recursos disponibles para conocer las demandas o éste puede involucrar el desarrollo o adquisición de nuevos recursos que permitan o ayuden a manejar las situaciones conflictivas.

Patterson y McCubbin (1987) mencionan que los recursos son rasgos, habilidades o medios materiales o humanos que pueden ser usados para conocer o manejar las demandas que deben afrontarse. Los recursos de la comunidad son los servicios médicos y de educación que ofrece, así como las redes de apoyo social que son importantes para conocer y satisfacer directamente las necesidades de los miembros de la familia. Los más importantes recursos del sistema familiar que facilitan el manejo de demandas estresantes incluyen la cohesión, flexibilidad, organización y la comunicación entre padres e hijos, principalmente los adolescentes.

Por su parte Moos y Billings (1982) señalan que los recursos de afrontamiento son un complejo grupo de factores cognitivos, actitudinales y de personalidad que proporcionan el contexto psicológico para que se den las respuestas de afrontamiento. Tales recursos son características disposicionales relativamente estables que afectan los procesos de afrontamiento y a su vez son afectados por los resultados de anteriores respuestas de afrontamiento. Algunos de estos factores son el desarrollo del yo, la autoestima, el sentido de autoeficacia y los factores relacionados con ésta, como el sentido de manejo o dominio y el control interno, estilos cognitivos y las habilidades generales de solución de problemas; así como los conocimientos, experiencias pasadas, maduración del yo, salud física y emocional. Estos recursos pueden afectar tanto la valoración de las situaciones estresantes, como la selección de las respuestas de afrontamiento para manejar la situación.

Moos y Billings (1982) mencionan que los recursos de afrontamiento y los procesos cognitivos personales pueden intervenir en la anticipación de los eventos, lo cual puede lograr que se eviten o superen de una manera más temprana y eficaz. Ruch (citado por Moos y Billings, 1982) encontró que las mujeres que han experimentado más eventos estresantes en años anteriores son más capaces de afrontar las consecuencias emocionales de una situación estresante; así mismo señala que los recursos personales tales como el control interno puede también facilitar que una persona permanezca tranquila mientras enfrenta altos niveles de estrés y revalora su potencial y su capacidad de controlar el evento traumático.

Tyler (citado por Moos y Billings, 1982) encontró que la autocompetencia está relacionada con una actitud favorable y con la autoestima; así como con el sentido de eficacia y autoconfianza interpersonal y con una forma activa para afrontar los problemas ambientales cotidianos e inesperados. Por ejemplo, observó en un grupo de estudiantes con una elevada preferencia por la exploración, un mayor nivel de autoestima, un mayor interés por sus clases y por actividades extracurriculares; además de que experimentan menor depresión y menores problemas sociales.

Moos y Billings (1982) señalan que el sentido de autoeficacia, competencia social y confianza en los resultados son una serie de recursos que pueden ayudar en el manejo de los eventos ambientales adversos. Estos autores observaron que las personas con un alto nivel de autoeficacia son más activas y persistentes en sus esfuerzos por manejar las situaciones estresantes, mientras que las personas con niveles bajos de autoeficacia son menos activas o tienden a evitar tales situaciones.

Otro recurso personal que señalan Moos y Billings (1982) como íntimamente relacionado con el afrontamiento es el estilo cognitivo, el cual puede ser dependiente de campo o independiente de campo. Una percepción dependiente de campo está fuertemente influenciada por el contexto ambiental; mientras que cuando una figura es experimentada como separada, independiente y sin influencia del contexto perceptual es designada como independiente de campo.

Las personas dependientes de campo están más sintonizadas con su ambiente social, tienen mejores habilidades sociales y tienden a ser más expresivas emocionalmente; además estas personas pueden utilizar sus habilidades sociales para resolver problemas interpersonales más efectivamente. En contraste, las personas independientes de campo son más autónomas y sensibles a sus necesidades internas; tienden a ser más analíticas y estructuradas en sus pensamientos y son más propensas a acertar en el manejo de las situaciones que requieren un análisis lógico y de autoconfianza.

Moos y Billings (1982) y Billings y Moos (1981) mencionan que la orientación dependiente de campo está más relacionada con el afrontamiento centrado en la regulación afectiva o de las emociones, mientras que la independiente de campo está relacionada con el afrontamiento centrado en el problema y finalmente señalan que aquel tipo de afrontamiento es más común en las mujeres, mientras que el afrontamiento centrado en el problema es más frecuente en los hombres.

Existen factores que están relacionados con el evento estresante y que tienen una influencia importante sobre las respuestas de afrontamiento que presenta un individuo, tales como el tipo y contexto en el que ocurre el evento.

Rees y Smyer (citados por Moos y Schaefer, 1986) identificaron cuatro tipos de factores que influyen en las respuestas de afrontamiento: biológicos (tales como una enfermedad y la muerte), psicológico/personales (tales como casarse), físico/ambientales (tales como estar expuesto a un desastre) y socioculturales (tales como tener un hijo). Otros aspectos, señalados por Moos y Schaefer (1986), incluyen su foco (uno mismo u otra persona), predictibilidad, controlabilidad, probabilidad de ocurrencia y extensión o amplitud (la diversidad de las áreas de la vida que se ven afectadas).

Moos y Schaefer (1986) mencionan que ante los eventos sobre los cuales los sujetos tienen algún control es más probable que muestren estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución del problema, mientras que cuando estos son esencialmente incontrolables tienden a presentar respuestas de afrontamiento cognitivas y dirigidas a las emociones.

Pearlin y Schooler (citados por Moos y Billings, 1982) consideran al sentido de manejo como un recurso central, el cual está relacionado con un alto nivel de autoestima. Ellos encontraron que este recurso personal disminuye el impacto de las tensiones de la vida tales como la situación marital, parental, financiera y ocupacional estresante. Así mismo, observaron que, en comparación con las mujeres, los hombres reportan mayores recursos psicológicos, los cuales los proveen de una mayor resistencia para manejar los efectos de las situaciones estresantes que tienen que manejar a diario.

Con respecto a las diferencias en el estilo de afrontamiento en relación al sexo, Billings y Moos (1981), encontraron que las mujeres son más propensas a responder emocionalmente y sensitivamente que los hombres, quienes tienden a ser más analíticos y orientados a las tareas o a los problemas. Por lo que las mujeres pueden ser más propensas a usar las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y menos propensas a usar el afrontamiento centrado en el problema que los hombres. También observaron que las mujeres son más propensas a usar el afrontamiento evitativo, el cual, de acuerdo con estos autores, está asociado con un funcionamiento más deteriorado.

Billings y Moos (1981) también reportan diferencias relacionadas con el nivel de escolaridad en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento; específicamente encontraron que las personas con mayor educación son más propensas a usar el afrontamiento activo-cognitivo y el afrontamiento centrado en el problema y con menor frecuencia el afrontamiento evitativo, sucediendo lo contrario en las personas con menor educación.

Moos y Billings (1982) y Moos y Schaefer (1986) han demostrado que las respuestas de afrontamiento están íntimamente relacionadas con la adaptación del individuo a su medio social.

Moos y Billings (1982), en una exploración de la naturaleza de los procesos de afrontamiento entre un grupo representativo de adultos de una comunidad, encontraron que las personas que son más propensas a usar estrategias activo-cognitivas y menos propensas a usar estrategias evitativas presentan una mejor adaptación.

McFarlane (citado por Moos y Billings, 1982) encontró que los eventos indeseables sobre los cuales se responde teniendo un control, no están relacionados con la presencia de estrés, mientras que los eventos percibidos como incontrolables, tienen un efecto adverso sobre el funcionamiento, independientemente de si éste fue anticipado o no. Las personas que perciben un evento como controlable pueden tener la capacidad de generar más respuestas efectivas de afrontamiento centradas en el problema y consecuentemente pueden experimentar menos reacciones emocionales y distrés. Folkman y Lazarus (1980) encontraron que las personas emplean estilos de afrontamiento defensivos o centrados en las emociones en respuesta a los estresores que son valorados como incontrolables.

MEDICION DEL AFRONTAMIENTO

Billings y Moos (1981) construyeron una escala de medición de los estilos de afrontamiento, la cual clasifica a las respuestas de afrontamiento de dos formas diferentes: la primera corresponde al método utilizado para enfrentarse a la situación, que puede ser de tres tipos: 1) cognoscitivo activo, 2) conductual activo y 3) evitativo. La segunda clasificación se basa en el enfoque que se le da al afrontamiento y puede ser de cinco tipos, a saber: 1) análisis lógico, 2) buscar información, 3) solucionar el problema, 4) hacer una regulación afectiva y 5) efectuar una descarga emocional; los tres primeros enfocados al problema y los dos últimos a las emociones.

En dicha escala de respuestas de afrontamiento, los sujetos indican un evento reciente que haya sido altamente estresante o que les hubiera provocado una crisis personal; posteriormente tienen que contestar 28 preguntas con tres opciones de respuesta (no; si, ocasionalmente y; si, con frecuencia) con las que los sujetos indican como habían manejado dicho evento o los tipos de respuestas de afrontamiento que utilizaron para manejarlo.

La consistencia interna de esta escala en la categoría de métodos de afrontamiento es de 0.72 para el afrontamiento activo-cognitivo, 0.80 para el afrontamiento activo conductual y 0.44 para el afrontamiento evitativo. Estos coeficientes indican que la subcategoría de las respuestas de afrontamiento exhibe una consistencia interna moderada. La intercorrelación entre los tres métodos de afrontamiento es relativamente baja (0.21), indicando que las categorías son relativamente independientes. La categoría de foco del afrontamiento presenta una adecuada

consistencia interna, de acuerdo con Folkman y Lazarus (1980), es de 0.81. Se presenta un grado de independencia entre el método y el foco del afrontamiento relativamente bajo (0.25).

Esta escala ha sido utilizada en mujeres embarazadas mexicanas por González, Morales y Gutiérrez (1991), quienes observaron una correlación significativa entre el estado emocional de las pacientes embarazadas entrevistadas y el estilo de afrontamiento utilizado, específicamente observaron que las mujeres con mayores síntomas emocionales presentan un afrontamiento evitativo y dirigido a la descarga emocional. Mientras que las mujeres con menos síntomas emocionales utilizan el afrontamiento cognoscitivo activo, así como el afrontamiento dirigido al análisis lógico, a la solución del problema y a la regulación afectiva.

Finalmente mencionaremos que las habilidades de afrontamiento se refieren a todas aquellas conductas que una persona realiza ante una situación problemática o que se vive como tal, estas habilidades pueden estar dirigidas a controlar las emociones que provocó la situación problemática o dirigidas a resolver el problema y por otro lado estas habilidades pueden ser evitativas, conductuales o cognoscitivo activas. Es decir, el afrontamiento abarca desde una conducta que nos aleje del problema, ya sea por las emociones que provoca o porque no se tiene la suficiente habilidad para manejarlo; hasta una conducta cognitiva que nos ayude a entender tanto el problema como a las emociones que provoca y conductas planeadas o impulsivas que intenten manejar el problema. En general, las habilidades de afrontamiento no son consideradas como adaptativas o desadaptativas, esto depende de la situación específica que este viviendo el sujeto y de los recursos y habilidades que posea.

□

SEGUNDA PARTE

INVESTIGACION

METODOLOGIA

La importancia de conocer el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento que presentan las adolescentes embarazadas mexicanas, radica por un lado, en la elevada frecuencia con que este fenómeno se presenta en nuestro país y por otro lado por la serie de repercusiones a nivel físico y social que tiene la ansiedad en las adolescentes embarazadas, así como, en la necesidad de una atención psicológica que considere tanto su estado emocional, como los recursos con los que ellas cuentan para manejarlo. Por lo que el objetivo del presente estudio es explorar la relación que existe entre el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento que presentan las adolescentes embarazadas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento en las adolescentes embarazadas?

HIPOTESIS

Hipótesis conceptual. El nivel de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas está relacionado con su estilo de afrontamiento (De Anda, 1992).

Hipótesis nula (H₀): No existe relación entre el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento que presentan las adolescentes embarazadas.

Hipótesis alterna (H₁): Existe relación entre el nivel de ansiedad y los estilos de afrontamiento que presentan las adolescentes embarazadas.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

Adolescentes embarazadas con pareja.

DEFINICION CONCEPTUAL.

Una adolescente embarazada se define como aquella mujer que se encuentra en una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, con una edad cronológica que oscile entre los 12 y los 17 años aproximadamente y cuyo ciclo menstrual se encuentre interrumpido por la implantación de un óvulo fecundado en su matriz (Kably, Mar de la Rosa, Orozco y Alvarado, 1982).

DEFINICION OPERACIONAL.

Se consideraran a aquellas mujeres pacientes del Instituto Nacional de Perinatología que se encuentren entre los 13 y 17 años de edad, que presenten un embarazo de curso normal y que al momento de la entrevista se encuentren viviendo con su pareja en unión libre o matrimonio civil y/o religioso.

VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de ansiedad y el estilo de afrontamiento.

ANSIEDAD.

DEFINICION CONCEPTUAL

La ansiedad se conceptualiza de acuerdo a dos dimensiones: ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. La ansiedad estado es una condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos, concientemente percibidos y por aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder ante situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de ansiedad-estado (Díaz y Spielberg, 1975).

DEFINICION OPERACIONAL

Para determinar el nivel de ansiedad de las adolescentes embarazadas se tomará en cuenta el puntaje obtenido en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) tomando en cuenta los valores indicativos de ansiedad de acuerdo a la estandarización realizada por Morales y González (1990) en el INPer, es decir, un valor igual o mayor a 47 para la ansiedad rasgo y de 43 para la ansiedad estado.

AFRONTAMIENTO

DEFINICION CONCEPTUAL.

El afrontamiento son todos aquellos intentos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar o reducir las demandas internas o externas que se le presentan (Moos, 1986).

DEFINICION OPERACIONAL.

Para determinar el tipo de afrontamiento se tomará en cuenta las respuestas obtenidas en la escala de estilos de afrontamiento de Moos (citado en Billings y Moos, 1980).

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Se realizó una investigación de campo, exploratoria de una sola muestra con observaciones independientes.

MUESTREO

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, intencional de 41 adolescentes embarazadas de la población de pacientes que acuden al INPer, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes del INPer.

Edad entre 13 y 17 años.

Primigestas.

Que al momento de la entrevista se encuentren viviendo con su pareja en unión libre o matrimonio civil y/o religioso.

Entre 13 y 27 semanas de gestación.

Escolaridad mínima de primaria.

Nacionalidad mexicana.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Embarazo producto de violación o incesto.
- Pacientes con problemática de tipo psiquiátrica y/o retraso mental.
- Un embarazo con complicaciones médicas tales como diabetes, ardiopatía, amenaza de aborto, toxemia, etc.

ESCENARIO

Se utilizó como escenario un consultorio de consulta externa del Departamento de Psicología en las instalaciones del INPer.

INSTRUMENTOS

Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) normalizado por Morales y González (1990), y la escala de respuestas para afrontar sucesos importantes de Moos (1980).

El IDARE es un instrumento de autoevaluación que cuantifica los fenómenos de ansiedad rasgo y estado. Este instrumento consta de dos escalas cada una con 20 reactivos destinados a medir ansiedad rasgo y ansiedad estado respectivamente, en cuya redacción se utiliza la sintomatología más característica de la ansiedad y se responde de acuerdo a una escala cualitativa progresiva de cuatro opciones. La calificación se hace por medio de una plantilla que presenta los valores correspondientes a la respuesta de cada uno de los reactivos. Este instrumento ha demostrado cubrir las condiciones necesarias para ser considerado un adecuado inventario de medición de la ansiedad, ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y metodológicos que se exigen para que sea eficaz. Con respecto a esto se ha demostrado un buen nivel de confiabilidad, y correlación con otras pruebas que miden ansiedad. Este inventario ha sido normalizado por Morales y González con pacientes embarazadas, en el que se obtuvo como punto de corte 47 y 43 para considerar que las mujeres embarazadas presentan un nivel significativo de ansiedad rasgo y de ansiedad estado, respectivamente (ver anexo 1).

En la escala de respuestas para afrontar sucesos importantes de Moos la persona escribe algún problema al cual se haya enfrentado últimamente y posteriormente responde a cada una de los 28 reactivos que conforman la escala, los cuales exploran la forma en la que la persona afrontó dicho evento. La forma de responder los reactivos es de acuerdo a una escala cualitativa de tres opciones y la calificación se realiza con base en dos clasificaciones: 1) método de afrontamiento: cognoscitivo activo, conductual activo y evitativo; y 2) Enfoque del afrontamiento: dirigido a las emociones y a la solución del problema. La consistencia interna de la categoría de métodos de afrontamiento es moderadamente alta y la intercorrelación de las tres categorías de los métodos de afrontamiento es baja, lo que indica que estas categorías son relativamente independientes. La categoría de enfoque de afrontamiento presenta una adecuada consistencia interna y la independencia entre las dos categorías que la conforman es alta (ver anexo 2).

PROCEDIMIENTO

El presente estudio se llevó a cabo en el departamento de psicología del Instituto Nacional de Perinatología dentro de uno de los consultorios de consulta externa.

Mediante los expedientes médicos se realizó la captura de la muestra de las pacientes que asisten a consulta externa en el Instituto Nacional de Perinatología que pudieran reunir los criterios de inclusión.

Después de localizar a cada una de las sujetos con la ayuda del departamento de Trabajo Social de este Instituto y de confirmar que cubrían los criterios de inclusión se les pidió su participación voluntaria a través de una carta de consentimiento. Una vez que la paciente accedía a participar, se le pedía que contestara un cuestionario que contenía datos sociodemográficos, familiares y de uso y conocimiento de anticonceptivos, para posteriormente contestar las pruebas psicológicas que abarca la presente investigación, es decir contestaban el IDARE y la escala de estilos de afrontamiento.

Tanto el cuestionario como la aplicación de los tests se llevó a cabo individualmente y en una sola sesión.

□

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación se presentaran en cuatro diferentes apartados, el primero mostrará los datos sociodemográficos de la muestra, el segundo los resultados obtenidos en el inventario de ansiedad rasgo-estado, el tercero los resultados obtenidos en la escala de estilos de afrontamiento y en el cuarto y último presentaremos los resultados obtenidos en la correlación de estas dos últimas pruebas.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

En relación a los datos sociodemográficos que describen a la muestra observamos lo siguiente:

1) **Edad.** En la tabla número 1 observamos que el 9.8% de las adolescentes de la muestra tenían 14 años, el 14.6% 15 años, el 34.1%, 16 años y el 41.5% 17 años, siendo estas últimas las de mayor proporción.

| EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------|------------|------------|
| 14 | 4 | 9.8% |
| 15 | 6 | 14.6% |
| 16 | 14 | 34.1% |
| 17 | 17 | 41.5% |

Tabla No. 1. Edad de las adolescentes.

2) **Estado civil.** En la tabla número 2 observamos que el 51.2% eran casadas y el 48.8% vivían en unión libre.

| ESTADO CIVIL | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| CASADAS | 21 | 51.2% |
| UNION LIBRE | 20 | 48.8% |

Tabla No. 2. Estado civil de las adolescentes

3) **Semanas de gestación.** El 14.6% tenían entre 13 y 17 semanas de gestación, el 36.6% de 18 a 22 semanas de gestación y el 48.8% de 23 a 27 semanas de gestación, lo cual puede apreciarse en la tabla número 3.

| SEMANAS DE GESTACION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| DE 13 A 17 SEMANAS | 6 | 14.6% |
| DE 18 A 22 SEMANAS | 15 | 36.6% |
| DE 23 A 27 SEMANAS | 20 | 48.8% |

Tabla No. 3. Semanas de gestación de las adolescentes.

4) **Ocupación.** En la tabla número 4 podemos observar que el 76.6% de las adolescentes de la muestra se dedicaban al hogar, el 17.1% a estudiar, el 2.4% a estudiar y trabajar y el 4.9% a estudiar y al hogar.

| OCUPACION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------|------------|------------|
| Ama de casa | 31 | 76.6% |
| Estudiante | 7 | 17.1% |
| Estudiante-trabajadora | 1 | 2.4% |
| Ama de casa-Estudiante | 2 | 4.9% |

Tabla No. 4. Ocupación de las adolescentes.

5) **Escolaridad.** En la tabla número 5 se puede apreciar que el 7.3% de las adolescentes tenían una escolaridad de primaria, el 4.9% tenían una escolaridad de 7 años, el 9.8% de 8 años, el 43.9% una escolaridad de secundaria, el 26.8% una escolaridad de 10 años, el 4.9% de 11 años y el 2.4% una escolaridad de preparatoria. Con respecto a la escolaridad observamos que el 24% de las adolescentes continuaban estudiando durante su embarazo, el 15% abandonaron sus estudios durante el embarazo y el 61% de las adolescentes abandonaron sus estudios antes de haberse embarazado.

| ESCOLARIDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| Primaria | 3 | 7.3% |
| 7 años | 2 | 4.9% |
| 8 años | 4 | 9.8% |
| Secundaria | 18 | 43.9% |
| 10 años | 11 | 26.8% |
| 11 años | 2 | 4.9% |
| Preparatoria | 1 | 2.4% |

Tabla No. 5. Escolaridad de las adolescentes.

6) **Nivel socioeconómico.** El 48.7% de las adolescentes de la muestra pertenecía a un nivel socioeconómico bajo, el 48.7% a un nivel socioeconómico medio y el 2.6% a un nivel alto. Estos datos se pueden observar en la tabla número 6.

| NIVEL SOCIOECONOMICO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| BAJO | 20 | 48.7% |
| MEDIO | 20 | 48.7% |
| ALTO | 1 | 2.6% |

Tabla No. 6. Nivel socioeconómico de las adolescentes.

7) **Personas con quien comparten la residencia.** La tabla número 7 nos muestra que el 15% de las adolescentes de la muestra al momento de la entrevista vivían con sus padres y su pareja, el 58% compartían la residencia con sus suegros y su pareja y el 27% sólo vivían con su pareja.

| VIVE CON | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| PADRES Y PAREJA | 6 | 15% |
| SUEGROS Y PAREJA | 24 | 58% |
| PAREJA | 11 | 27% |

Tabla No. 7. Personas con las que comparten la vivienda

8) **Tiempo que llevan compartiendo la vivienda con su pareja.** En relación al tiempo que tienen viviendo con su pareja, observamos que el 54.2% de las adolescentes tenían de 1 a 3 meses de vivir con su pareja, el 16.6% tenían de 4 a 6 meses viviendo con su pareja y el 29.2% de 7 a 10 meses. Estos datos se pueden apreciar en la tabla número 8.

| TIEMPO VIVIENDO CON LA PAREJA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------|------------|------------|
| DE 1 A 3 MESES | 13 | 54.2% |
| DE 4 A 6 MESES | 4 | 16.6% |
| DE 7 A 10 MESES | 7 | 29.2% |

Tabla No. 8. Tiempo con el que han vivido con la pareja.

9) **Edad de la pareja.** En la tabla número 9 observamos que el 32% de las parejas de las adolescentes tenía 18 años o menos, el 54% de sus parejas tenía entre 19 y 22 años de edad y el 14% tenía 23 años o más. Cabe destacar que el rango de edad de las parejas de las adolescentes iba de los 16 años a los 36 años de edad.

| EDAD DE LA PAREJA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------|------------|------------|
| 18 AÑOS O MENOS | 13 | 32% |
| DE 19 A 22 AÑOS | 22 | 54% |
| 23 AÑOS O MAS | 6 | 14% |

Tabla No 9. Edad de la pareja de las adolescentes.

10) **Antecedentes de embarazos en adolescentes en las familias.** En la tabla número 10 observamos que el 27% de las adolescentes no tenía algún familiar que se hubiera embarazado antes de los 18 años, el 15% de las mamás de las adolescentes entrevistadas se había embarazado antes de los 18 años de edad, el 7% de las hermanas de las adolescentes se había embarazado antes de los 18 años y el 51% de las adolescentes tenía algún otro familiar que se había embarazado antes de los 18 años de edad.

| ALGUNA PERSONA SE EMBARAZO ANTES DE LOS 18 AÑOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| NO | 11 | 27% |
| MAMA | 6 | 15% |
| HERMANA | 3 | 7% |
| OTRA PERSONA, TIA, PRIMA, CUÑADA, ETC. | 21 | 51% |

Tabla No. 10. Antecedentes de embarazos en la familia.

11) **Descripción de la familia de origen.** En relación a la integración de las familias de las adolescentes entrevistadas observamos en la tabla número 11 que el 56% de las familias de las adolescentes entrevistadas eran integradas mientras que el 44% de las familias de estas adolescentes eran desintegradas.

| TIPO DE FAMILIA | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| INTEGRADA | 23 | 56% |
| DESINTEGRADA | 18 | 44% |

Tabla No. 11. Tipo de familia de las adolescentes.

En relación a las razones por las cuales las familias de las adolescentes son desintegradas, podemos observar en la tabla número 12 que el 17% de las familias de las adolescentes se había desintegrado a causa del fallecimiento de alguno de sus padres y el 83% de las familias de las adolescentes se había desintegrado a causa de una separación o divorcio de sus padres.

| RAZON DE LA DESINTEGRACION | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------------------------|------------|------------|
| FALLECIMIENTO DE UNO DE LOS PADRES | 3 | 17% |
| DIVORCIO O SEPARACION | 15 | 83% |

Tabla No. 12. Razones de la desintegración de la familia.

En cuanto a la relación de las adolescentes embarazadas con sus padres, observamos en la tabla número 13 que el 41% de las adolescentes tenía una relación muy buena con su madre, el 41% una relación buena, el 10% una relación que consideraba regular, el 2% una relación mala y el 5% una relación muy mala con su madre. El 24% de las adolescentes tenía una relación muy buena con su padre, el 32% una relación buena, el 17% una relación regular, el 8% una relación mala, un 2% una relación muy mala y el 17% no tenía ninguna relación con su padre.

| RELACIONES CON | | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------|-----------------|------------|------------|
| LA MADRE | MUY BUENAS | 17 | 41% |
| | BUENAS | 17 | 41% |
| | REGULARES | 4 | 10% |
| | MALAS | 1 | 2% |
| | MUY MALAS | 2 | 5% |
| EL PADRE | MUY BUENAS | 10 | 24% |
| | BUENAS | 13 | 32% |
| | REGULARES | 7 | 17% |
| | MALAS | 3 | 8% |
| | MUY MALAS | 1 | 2% |
| | NO HAY RELACION | 7 | 17% |

Tabla No. 13. Relaciones de las adolescentes con sus padres

12) **Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.** En relación a los conocimientos sobre uso de métodos anticonceptivos, observamos en la tabla número 14 que el 90% de las adolescentes entrevistadas mencionaron que conocían de métodos anticonceptivos antes de haber tenido su primera relación sexual y el 10% mencionaron que no conocían de métodos anticonceptivos.

| CONOCIAN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------------------------------|------------|------------|
| SI | 37 | 90% |
| NO | 4 | 10% |

Tabla No. 14. Conocimiento de uso de anticonceptivos.

En relación al uso de métodos anticonceptivos observamos en la tabla número 15 que el 24% de las adolescentes utilizó anticonceptivos para evitar su embarazo y el 76% de las adolescentes no utilizó anticonceptivos para evitar su embarazo.

| USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------------------------|------------|------------|
| SI | 10 | 24% |
| NO | 31 | 76% |

Tabla No. 15. Uso de métodos anticonceptivos.

Como se puede apreciar en la tabla número 16 que el 10% de las adolescentes que utilizaron anticonceptivos usaron pastillas para evitar su embarazo, el 10% utilizó el método del ritmo y el 80% de las adolescentes utilizaron los condones o preservativos.

| METODO UTILIZADO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| PASTILLAS | 1 | 10% |
| RITMO | 1 | 10% |
| CONDONES | 8 | 80% |

Tabla No. 16. Anticonceptivos usados.

En la tabla número 17 podemos apreciar que el 39% de las adolescentes que no utilizaron anticonceptivos mencionaron que no los usaban porque pensaban que no saldrían embarazadas, el 19% mencionó que no utilizó anticonceptivos por descuido, el 19% mencionaron que querían embarazarse, el 13% mencionó que no utilizó anticonceptivos por miedo y el 10% mencionó que no utilizó anticonceptivos porque no sabía.

| MOTIVO POR EL QUE NO UTILIZO ANTICONCEPTIVOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| PENSABA QUE NO SALDRIA EMBARAZADA | 12 | 39% |
| DESCUIDO | 6 | 19% |
| QUERIA EMBARAZARSE | 6 | 19% |
| MIEDO | 4 | 13% |
| NO SABIA | 3 | 10% |

Tabla No. 17. Razones del no uso de anticonceptivos.

□

ANSIEDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

ANSIEDAD RASGO

En relación a la ansiedad rasgo se pudo observar que el 19.5% de la muestra presentó niveles significativos de ansiedad, es decir, 8 de las adolescentes embarazadas obtuvieron un puntaje igual o mayor a 47 en la escala de ansiedad rasgo del IDARE. En su estructura factorial esta escala esta compuesta por 3 factores los cuales se presentan en la tabla número 18, con los coeficientes de correlación para cada uno de los reactivos. En esta tabla se puede apreciar que el Factor 1 está compuesto por 8 reactivos, el Factor 2 por 8 reactivos y el Factor 3 esta compuesto por 3 reactivos.

| REACTIVOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD-RASGO | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 |
|---|-------------|-------------|-------------|
| 26. Me siento descansado * | .60538 | | |
| 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas * | .56025 | | |
| 30. Soy feliz * | .75628 | | |
| 33. Me siento seguro * | .54215 | | |
| 34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | -.55008 | | |
| 36. Me siento satisfecho * | .72614 | | |
| 39. Soy una persona estable * | .61962 | | |
| 40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado | .59654 | | |
| 23. Siento ganas de llorar | | .70832 | |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | | .47781 | |
| 27. Soy una persona tranquila y serena * | | .53021 | |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | .65532 | |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | | .46576 | |
| 35. Me siento melancólico | | .72168 | |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | | .53805 | |
| 38. Me afectan tanto los descargos que no me los puedo quitar de la cabeza | | .54071 | |
| 21. Me siento bien * | | | .65950 |
| 22. Me canso rápidamente | | | .58684 |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho | | | .79878 |

Tabla No. 18. Estructura factorial de la escala de ansiedad-rasgo.

* Estos reactivos tienen calificación inversa.

ANSIEDAD ESTADO

En relación a la ansiedad estado se pudo observar que el 31.7% de la muestra presentó niveles significativos de ansiedad, es decir, 13 de las adolescentes embarazadas obtuvieron un puntaje igual o mayor de 43 en la escala de ansiedad estado del IDARE.

En su estructura factorial esta escala esta compuesta por 3 factores, los cuales se presentan en la tabla número 19, con los coeficientes de correlación para cada uno de los reactivos. En esta tabla se puede apreciar que el factor uno esta compuesto por 9 reactivos, el factor 2 esta compuesto por 5 reactivos y el factor 3 esta compuesto por 4 reactivos.

| REACTIVOS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD-ESTADO | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 |
|--|-------------|-------------|-------------|
| 3. Estoy tenso | .73130 | | |
| 4. Estoy contrariado | .72902 | | |
| 6. Me siento alterado | .69520 | | |
| 7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo | .67041 | | |
| 12. Me siento nervioso | .68725 | | |
| 13. Me siento agitado | .60614 | | |
| 14. Me siento a punto de explotar | .80464 | | |
| 17. Estoy preocupado | .76465 | | |
| 18. Me siento muy excitado y aturdido | .87844 | | |
| 2. Me siento seguro * | | .81102 | |
| 5. Estoy a gusto * | | .46877 | |
| 9. Me siento ansioso | | -.57515 | |
| 16. Me siento satisfecho * | | .61472 | |
| 20. Me siento bien * | | .76107 | |
| 1. Me siento calmado * | | | .64890 |
| 8. Me siento descansado * | | | .79086 |
| 11. Me siento con confianza en mi mismo * | | | .70457 |
| 19. Me siento alegre * | | | .67943 |

Tabla No. 19. Estructura factorial de la escala de ansiedad-estado.

* Estos reactivos tienen calificación inversa.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Dentro de la escala de estilos de afrontamiento existe un apartado en donde las adolescentes tienen que mencionar algún evento que sea considerado por ellas como problemático. En la tabla número 20 podemos apreciar que el 43.9 de las adolescentes reportaron problemas con su pareja, lo que incluye discusiones con la pareja, falta de comunicación, desconfianza, celos y desinterés de la pareja hacia ellas; el 22% de las adolescentes reportaron problemas con sus padres, aquí señalaron discusiones y reproches con los padres debido al embarazo y a que no aceptan a su pareja; el 9.7% de las adolescentes reportaron problemas con la familia política, lo que incluye mala relación y discusiones con la suegra y los cuñados, ya que éstos intervienen y opinan en las decisiones de la adolescente y su pareja; el 7.4% de las adolescentes reportaron problemas emocionales, en los que se mencionaron un estado de ánimo irritable, agresivo y sensible, ganas de llorar y preocupación por cosas sin importancia; el 4.8 reportaron problemas con otros familiares, en donde señalaron críticas, rechazo, desprecio y discusiones con sus tíos, primos, abuelos, etc. y el 4.8% reportó problemas económicos,

| PROBLEMAS REPORTADOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------------------------|------------|------------|
| Problemas con la pareja | 18 | 43.9% |
| Problemas con los padres | 9 | 22.0% |
| Problemas con la familia política | 4 | 9.7% |
| Problemas emocionales | 3 | 7.4% |
| Problemas económicos | 3 | 7.4% |
| Problemas con otros familiares | 2 | 4.8% |
| Otros problemas | 2 | 4.8% |

Tabla No. 20. Problemas reportados por las adolescentes.

En su estructura factorial la escala de estilos de afrontamiento está conformada por cuatro factores, el Factor 1 está compuesto por 11 reactivos los cuales hemos denominado afrontamiento dirigido al problema, el Factor 2 está conformado por 4 reactivos que hemos denominado afrontamiento evitativo, el Factor 3 esta compuesto por 7 reactivos y que denominamos afrontamiento dirigido a las emociones y el factor 4 que esta compuesto por 3 reactivos y que denominamos afrontamiento dirigido a la búsqueda de información o apoyo social. Estos cuatro factores, con sus coeficientes de correlación se especifican en la tabla número 21.

| REACTIVOS DE LA ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO | FACTOR 1 | FACTOR 2 | FACTOR 3 | FACTOR 4 |
|---|----------|----------|----------|----------|
| 1. Trató de entender mejor la situación | .55780 | | | |
| 9. Trató de verle el lado positivo a la situación | .48133 | | | |
| 11. Elaboró y siguió un plan de acción | .50369 | | | |
| 12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas | .52825 | | | |
| 13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado | .56147 | | | |
| 18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación | .57585 | | | |
| 19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor | .66070 | | | |
| 21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo | .43527 | | | |
| 22. En general evitó estar cerca de la gente | -.55978 | | | |
| 27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares | .48805 | | | |
| 28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación. | .71381 | | | |
| 10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa | | .66562 | | |
| 16. Trató de apartarse del problema | | .59150 | | |
| 20. Se alejó momentáneamente del problema | | .82725 | | |
| 24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido | | .87330 | | |
| 2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar | | | .69626 | |
| 7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería | | | .45208 | |
| 8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona | | | .60033 | |
| 15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron | | | .53207 | |
| 23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez | | | .43846 | |
| 25. Lo aceptó, nada se podía hacer | | | .50058 | |
| 26. Demostró sus sentimientos de alguna manera | | | .57081 | |
| 3. Platicó con un amigo sobre el problema | | | | .73469 |
| 8. Habló con algún profesionalista | | | | .69783 |
| 14. No demostró sus sentimientos | | | | -.49779 |

Tabla No. 21. Estructura factorial de la escala de estilos de afrontamiento.

La tabla número 22 nos muestra la frecuencia con la que las adolescentes embarazadas contestaron a cada uno de los reactivos de la escala de estilos de afrontamiento. Las respuestas a los reactivos están agrupadas en cada uno de los factores que integran a esta prueba.

| REACTIVOS DE LA ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO | NO | SI A VECES | SI CON FRECUENCIA |
|---|-------------|-------------|-------------------|
| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA | % | % | % |
| 1. Trató de entender mejor la situación | 7.3 | 51.2 | 41.5 |
| 9. Trató de verle el lado positivo a la situación | 14.6 | 39.0 | 46.3 |
| 11. Elaboró y siguió un plan de acción | 51.2 | 29.3 | 19.5 |
| 12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas | 24.4 | 31.7 | 43.9 |
| 13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado | 43.9 | 34.1 | 22.0 |
| 18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación | 24.4 | 46.3 | 29.3 |
| 19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor | 9.8 | 46.3 | 43.9 |
| 21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo | 14.6 | 41.5 | 43.9 |
| 22. En general evitó estar cerca de la gente | 53.7 | 34.1 | 12.2 |
| 27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares | 65.9 | 14.6 | 19.5 |
| 28. Intentó o se sometió | 24.4 | 34.1 | 41.5 |
| PROMEDIO | 30.4 | 36.6 | 33.0 |
| AFRONTAMIENTO EVITATIVO | % | % | % |
| 10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa | 26.8 | 24.4 | 48.8 |
| 16. Trató de apartarse del problema | 41.5 | 43.9 | 14.6 |
| 20. Se alejó momentáneamente del problema | 53.7 | 29.3 | 17.1 |
| 24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido | 61.0 | 24.4 | 14.6 |
| PROMEDIO | 45.7 | 30.5 | 23.7 |

| REACTIVOS DE LA ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO | NO | SI A VECES | SI CON FRECUENCIA |
|---|------|------------|-------------------|
| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LAS EMOCIONES | % | % | % |
| 2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar | 9.8 | 26.8 | 63.4 |
| 7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería | 36.6 | 43.9 | 19.5 |
| 8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona | 68.3 | 24.4 | 7.3 |
| 15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron | 14.6 | 46.3 | 39.0 |
| 23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez | 17.1 | 34.1 | 48.1 |
| 25. Lo aceptó, nada se podía hacer | 39.0 | 41.5 | 19.5 |
| 26. Demostró sus sentimientos de alguna manera | 19.5 | 48.8 | 31.7 |
| PROMEDIO | 29.2 | 37.9 | 32.6 |
| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL APOYO SOCIAL | % | % | % |
| 3. Platicó con un amigo sobre el problema | 63.8 | 17.1 | 17.1 |
| 4. Habló con algún profesionista | 90.2 | 9.8 | |
| 14. No demostró sus sentimientos | 26.8 | 46.3 | 26.8 |
| PROMEDIO | 60.9 | 24.4 | 14.7 |

Tabla No. 22. Respuestas en la escala de estilos de afrontamiento

Como puede verse en la tabla número 22 el 33% de las adolescentes utilizaron el afrontamiento dirigido al problema con frecuencia, el 36.6% lo utilizaron ocasionalmente y el 30.4% no lo utilizaron. El 23.7% de las adolescentes utilizaron el afrontamiento evitativo con frecuencia, el 30.5% lo utilizaron ocasionalmente y el 45.7% no utilizó el afrontamiento evitativo. El 32.6% de las adolescentes utilizó el afrontamiento dirigido a las emociones con frecuencia, el 37.9% lo utilizó ocasionalmente y el 29.2% no utilizó el afrontamiento dirigido a las emociones. El 14.7% de las adolescentes utilizó el afrontamiento dirigido al apoyo social con frecuencia, el 24.4% lo utilizó ocasionalmente, mientras que el 60.9% de las adolescentes no utilizó el afrontamiento dirigido al apoyo social o a la búsqueda de información. En general, esta tabla el afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas con mayor frecuencia es el activo cognitivo, seguido del dirigido a las emociones, mientras que la evitación y la búsqueda de información o apoyo social fueron utilizados con menor frecuencia.

Específicamente las respuestas de afrontamiento que fueron utilizadas con mayor frecuencia fueron: 1) Tratar de entender mejor la situación, 2) Platicar sobre el problema con el cónyuge u otro familiar, 3) Decirse a sí misma cosas que la ayuden a sentirse mejor, 4) Tratar de ver el lado positivo de la situación y 5) Tomar las cosas con calma una por una, de acuerdo a como se presentan. Mientras que las respuestas de afrontamiento mencionadas por las adolescentes que fueron utilizadas con menor frecuencia fueron: 1) Hablar con algún profesionista, 2) Desquitarse con otra persona cuando se siente triste o enojada, 3) Buscar ayuda de personas o grupos con experiencias similares, 4) Platicar con un amigo sobre el problema y 5) Negarse a creer lo que le sucedió.

CORRELACION DE LA ESCALA DE ESTILOS AFRONTAMIENTO Y EL IDARE

En el análisis de correlación entre la escala de estilos de afrontamiento y el inventario de ansiedad rasgo-estado, dos factores de la escala de ansiedad-estado correlacionaron con dos diferentes factores de la escala de estilos de afrontamiento. Mientras que dos factores de la escala de ansiedad rasgo correlacionaron con tres factores de la escala de estilos de afrontamiento. Estos coeficientes de correlación, así como su nivel de significancia se especifican en la tabla número 23. Como puede verse en esta tabla, el factor dos de la escala de ansiedad estado correlacionó negativamente con el afrontamiento dirigido al problema (-0.4558 $p=0.003$) y el factor tres de la escala de ansiedad estado correlacionó negativamente con el afrontamiento dirigido a las emociones (-0.3412 $p=0.029$). Mientras que el factor uno de la escala de ansiedad rasgo correlacionó negativamente con el afrontamiento dirigido al problema (-0.5233 $p=0.000$) y con el afrontamiento dirigido al apoyo social (0.3258 $p=0.038$) y el factor dos de la escala de ansiedad rasgo correlacionó positivamente con el afrontamiento evitativo (0.3221 $p=0.040$).

| | AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA | AFRONTAMIENTO EVITATIVO | AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LAS EMOCIONES | AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL APOYO SOCIAL |
|--------------------------------|--|----------------------------|--|--|
| ANSIEDAD ESTADO FACTOR DOS | - .4558 $p= .003$ | | | |
| ANSIEDAD ESTADO FACTOR TRES | | | - .3412 $p= .029$ | |
| ANSIEDAD RASGO FACTOR UNO | - .5233 $p= .000$ | | | .3258 $p= .038$ |
| ANSIEDAD RASGO FACTOR DOS | | .3221 $p= .040$ | | |

Tabla No. 23. Correlación de la escala de estilos de afrontamiento y el inventario de ansiedad rasgo estado.

El afrontamiento dirigido al problema correlacionó negativamente con el factor dos de la escala de ansiedad estado, éste factor contiene reactivos de calificación inversa, por lo que si no invertimos tales reactivos la correlación sería positiva. Así pues, aquellas adolescentes que tratan de entender mejor la situación, ven el lado positivo de la situación, elaboran y siguen un plan de acción, etc. son las que se sienten seguras, a gusto, satisfechas, menos ansiosas, etc. Los reactivos que corresponden a estos factores que correlacionaron se muestran en la tabla número 24.

| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA | ANSIEDAD ESTADO FACTOR DOS |
|---|-------------------------------|
| Trató de entender mejor la situación | Me siento seguro * |
| Trató de ver el lado positivo a la situación | Estoy a gusto * |
| Elaboró y siguió un plan de acción | Me siento bien * |
| Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas | Me siento ansioso |
| Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado | Me siento satisfecho * |
| Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación | |
| Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor | |
| Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo | |
| En general evitó estar cerca de la gente * | |
| Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares | |
| Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación | |

Tabla No. 24. Afrontamiento dirigido al problema y Factor 2 de la escala de ansiedad-estado.

* Estos reactivos tienen una calificación inversa.

El afrontamiento dirigido al apoyo social correlacionó negativamente con el factor tres de la escala de ansiedad estado y en éste factor todos los reactivos son de calificación inversa, por lo que la correlación es positiva si no invertimos los reactivos, es decir, las adolescentes que platican con un amigo sobre el problema o con un profesionista o que demuestran sus sentimientos son las que se sienten calmadas, descansadas, alegres y con confianza en sí mismas. Estos reactivos están especificados en la tabla número 25.

| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL APOYO SOCIAL | ANSIEDAD ESTADO FACTOR TRES |
|---|---------------------------------------|
| Platicó con un amigo sobre el problema | Me siento calmado * |
| Habló con algún profesionista | Me siento descansado * |
| No demostró sus sentimientos * | Me siento con confianza en mí mismo * |
| | Me siento alegre * |

Tabla No. 25. Afrontamiento dirigido al apoyo social y Factor 3 de la escala de ansiedad-estado.

* Estos reactivos tienen una calificación inversa.

El afrontamiento dirigido al problema mostró una correlación negativa, con un elevado nivel de significancia, con el factor uno de la escala de ansiedad rasgo, aquí nuevamente encontramos reactivos de calificación inversa, esto significa que las adolescentes que tratan de entender la situación, toman en cuenta varias alternativas, elaboran y siguen un plan de acción,

etc, se sienten descansadas, seguras, satisfechas, que pueden superar sus dificultades, etc. Los reactivos que conforman estos dos factores que correlacionaron se presentan en la tabla número 26, que a continuación presentamos.

| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL PROBLEMA | ANSIEDAD RASGO FACTOR UNO |
|--|---|
| Trató de entender mejor la situación Trató de verle el lado positivo a la situación Elaboró y siguió un plan de acción Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo En general evitó estar cerca de la gente* Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación | Me siento descansado* Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas* Soy feliz* Me siento seguro* Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades Me siento satisfecho* Soy una persona estable* Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado |

Tabla No. 26. Afrontamiento dirigido al problema y Factor 1 de la escala de ansiedad rasgo.
*Estos reactivos tienen una calificación inversa.

El afrontamiento dirigido al apoyo social correlacionó negativamente con el factor uno de la escala de ansiedad rasgo, en éste también existen reactivos de calificación inversa, por lo que podemos decir que las adolescentes que platican con un amigo sobre el problema o con un profesionista y demuestran sus sentimientos se sienten descansadas, seguras, satisfechas, estables, etc. Los reactivos que conforman estos factores que correlacionaron se muestran en la tabla número 27.

| AFRONTAMIENTO DIRIGIDO AL APOYO SOCIAL | ANSIEDAD RASGO FACTOR UNO |
|---|---|
| Platicó con un amigo sobre el problema Habló con algún profesionista No demostró sus sentimientos | Me siento descansado* Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas* Soy feliz* Me siento seguro* Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades Me siento satisfecho* Soy una persona estable* Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado |

Tabla No. 27. Afrontamiento dirigido al apoyo social y Factor 1 de la escala de ansiedad rasgo.

*Estos reactivos tienen una calificación inversa.

El afrontamiento evitativo correlacionó positivamente con el factor dos de la escala de ansiedad rasgo, esto significa que aquellas adolescentes que tratan de olvidarse, apartarse, alejarse o negar el problema se sienten con ganas de llorar, se sienten indecisas, intranquilas, melancólicas, con falta de confianza en sí mismas, etc. Los reactivos que conforman estos dos factores que correlacionaron positivamente se presentan en la tabla número 28.

| AFRONTAMIENTO EVITATIVO | ANSIEDAD RASGO FACTOR DOS |
|---|---|
| Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa Trató de apartarse del problema Se alejó momentaneamente del problema Se negaba a creer que eso hubiera sucedido | Siento ganas de llorar Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápido Soy una persona tranquila y serena * Me preocupo demasiado por cosas sin importancia Me falta confianza en mí mismo Me siento melancólico Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan Me afectan tanto los desencuentros que no me los puedo quitar de la cabeza |

Tabla No. 28. Afrontamiento evitativo y Factor 2 de la escala de ansiedad rasgo.

* Estos reactivos tienen una calificación inversa.

□

DISCUSION

Como hemos podido observar en los resultados de la presente investigación la mayoría de las adolescentes habían abandonado sus estudios antes de haberse embarazado, mientras que una cuarta parte continuaba estudiando y una pequeña proporción abandonó sus estudios después de haberse embarazado. Esto nos indica que, como lo señalan Molina y Romero (citado en Estevez y Atkin, 1990) Atkin y Givaudan (1989) y Pick de Weiss, Atkin y Karchmer (1988) en las adolescentes la deserción escolar antecede al embarazo. Una explicación que dan Friedman (1989) y Atkin (1988) con respecto al embarazo que se presenta posterior a la deserción escolar, es que para las jóvenes que tienen pocas oportunidades para educarse el ser madres se ve algunas veces como única expectativa de vida y como una forma de aumentar su valor personal.

En general diversos autores, como Black y Deblasse (1985), Welti (1989), Atkin (1988), Atkin y Givaudan (1989) y Loya Lopez (1986), mencionan que los padres adolescentes tienen muy pocas oportunidades de completar una educación formal ya que, como hemos visto en los resultados, la mayoría de las adolescentes sólo llega a completar su instrucción media (secundaria). Esta falta de escolaridad, mencionan estos autores, se debe a que con el embarazo las adolescentes adquieren ciertas responsabilidades y obligaciones que les impide continuar con sus estudios.

Sin embargo no todas las adolescentes abandonaban sus estudios antes o a raíz de su embarazo, existen algunas adolescentes que aún con su embarazo continuaban estudiando. Con respecto a este punto Estevez y Atkin (1990) observaron ciertas diferencias entre las adolescentes embarazadas que continúan estudiando y las que abandonan sus estudios antes o a raíz del embarazo. De acuerdo con estos autores las adolescentes embarazadas que continúan estudiando tienen mayor grado de asertividad y autoestima que las adolescentes que dejan la escuela y sus padres tienen mayores expectativas escolares y laborales para la adolescente desde antes del embarazo. Mientras que las adolescentes que dejan la escuela antes de haberse embarazado provienen de un nivel socioeconómico más desfavorable y tanto ellas como sus padres tenían expectativas escolares y laborales menores desde antes del embarazo. Además, mencionan estos autores, estas adolescentes no parecen percibir de una manera tan inconveniente el embarazo ya que la maternidad posiblemente represente para ellas una de las pocas alternativas para su futuro y probablemente tengan menos motivación y recursos para reanudar sus estudios.

Las adolescentes del presente estudio, en general, se dedican al hogar, lo cual concuerda con lo que McCullough y Scheman (1991) encontraron, quienes mencionan que las madres adolescentes permanecen en sus casas y se dedican al cuidado de su hijo, quedando sus expectativas de estudio sólo en planes futuros o bien estudiar queda fuera de sus planes futuros. Esto nos confirma nuevamente que para la adolescente el matrimonio y el embarazo puede ser la única expectativa de vida, por lo que puede representar para ellas un evento esperado.

En cuanto al nivel socioeconómico al que pertenecían las adolescentes del presente estudio observamos que la mayoría pertenecía a un nivel socioeconómico medio y bajo, lo cual también fué observado por Friedman (1989) y Welti (1989), aunque Estevez y Atkin (1990) señalan que en general en todos los niveles socioeconómicos se presenta el embarazo adolescente y que son las de un nivel socioeconómico más desfavorable las que abandonan sus estudios ya sea por falta de recursos o de motivación, por lo que sus expectativas de vida son formar una familia y no tener una profesión, como podrían hacerlo las adolescentes de una clase social alta. Sin embargo, no hay que olvidar que el presente estudio se llevó a cabo dentro de un Hospital de la Secretaria de

Salubridad y Asistencia, en donde la mayoría de las pacientes son de clase media o baja y que no pueden pagar los servicios de un Hospital particular, como podrían hacerlo las pacientes de clase alta.

Como hemos observado en los resultados las adolescentes entrevistadas no tenían más de 10 meses de haberse unido con su pareja y la mayoría lo había hecho a raíz de su embarazo; lo cual, como mencionan diversos autores (Loya Lopez, 1986; Fernández MacGregor y colaboradores, 1988; Ibañez Brambila, 1984), puede legitimizar el embarazo y la actividad sexual de estas jóvenes, sin embargo, aunque tales matrimonios logran evitar el rechazo social o la discriminación, no son tan estables como los matrimonios planeados y generalmente terminan en divorcio. Esto fue observado por Fernández MacGregor y cols. (1988), Atkin y Givaudan (1989), Skala y cols. (1990), Welti (1989) e Ibañez Brambila (1984), quienes concluyeron que los matrimonios asociados con nacimientos adolescentes tienen un mayor porcentaje de problemas maritales y divorcio que en los matrimonios de parejas más maduras, sobre todo en el caso de la adolescente que se une con el padre del bebé a raíz del embarazo.

Un factor importante que señalan Pick, Atkin y Karchner (1988) y Skala y cols. (1990) para que se presente el embarazo en las adolescentes es que dentro de la familia se haya presentado éste fenómeno en algún otro miembro. En la presente investigación se pudo confirmar esta situación, ya que en tres cuartas partes de las familias de las adolescentes existía una persona que se había embarazado antes de los 18 años de edad. Esto nos lleva a pensar que el embarazo en adolescentes puede darse por una transmisión de valores y puede ser algo esperado por la familia y por lo tanto puede ser aceptado e incluso la misma familia podría promover la presencia de un embarazo a edades tempranas.

En algunas investigaciones se ha observado que ciertas condiciones familiares están relacionadas con la presencia del embarazo en adolescentes. Por ejemplo, Simons, Robertson y Downs (citados en McCullough y Scherman, 1991) Miller (citado en Zetina Luna, 1991) y Pick de Weiss, Atkin y Karchner (1988) mencionan que una mala relación con los padres está relacionada con problemas emocionales en los adolescentes y con la presencia de relaciones sexuales a temprana edad, así como con la presencia de embarazos en las adolescentes. Así mismo, Fernández, Arcelus, Atkin y Pineda (1988) y McCullough y Scherman (1991) mencionan que en la familia de la adolescente que se embaraza tempranamente suele haber desintegración familiar, imagen paterna distante o negativa y conflictos familiares.

Sin embargo, en la presente investigación hemos observado que más de la mitad de las adolescentes reportan tener una buena relación con sus padres, aunque también observamos que la relación es relativamente más desfavorable con el padre que con la madre, ya que sólo una quinta parte reporta una relación regular o mala con la madre, mientras que casi tres quintas partes reportaron una regular o mala relación con el padre. En cuanto a la integración de la familia de las adolescentes, en los resultados se pudo apreciar que el embarazo en adolescentes se presenta tanto en familias integradas como en familias desintegradas casi en la misma proporción.

Así pues, una relación con el padre negativa pudiera estar relacionada con la presencia de embarazos en adolescentes. No obstante, debido a que a las adolescentes se les preguntó por la relación con los padres en el momento de la entrevista y no antes del embarazo, puede darse el caso de que la relación con la madre se haya mejorado a raíz del embarazo, debido a que, como lo señalan De Anda y cols (1992) y Protinsky y Schneider (citados en Black y Deblasse, 1985), las adolescentes tienen una gran dependencia de los padres, en especial de la madre, para poder

enfrentar las demandas que el embarazo y la maternidad requieren. El tipo de familia, la falta de figuras paternas o la relación con ellos parece no estar determinando el embarazo en adolescentes.

Dentro de los resultados de la presente investigación también se pudo observar que las adolescentes conocían de métodos anticonceptivos pero la gran mayoría no los usó, básicamente por tener ideas erróneas con respecto a la sexualidad, tales como pensar que no saldría embarazada, por miedo, descuido y una pequeña proporción por querer embarazarse. Estos resultados concuerdan con diferentes autores, tales como Smith en 1982 (citado por Black y Deblasse, 1985) Aldana y Atkin (1990) Davis (citado por Zetina Luna, 1991) y Friedman (1989), quienes encontraron que las adolescentes aunque conocen de métodos anticonceptivos no los usan y nos mencionan que estas chicas tienen diversas ideas erróneas, como "no me sucederá a mí" o "después de la primera relación sexual no puedo quedar embarazada", las cuales limitan el reconocimiento de los riesgos de la actividad sexual, que aunado a la limitada capacidad de planeación del futuro y a su impulsividad dentro de la actividad sexual, hace que sea menos probable que usen métodos anticonceptivos. Aldana y Atkin (1990) mencionan que este problema se debe a que en la cultura mexicana no se acepta que una chica planea tener relaciones sexuales y mucho menos que lo haga por placer.

Así pues, los resultados de la presente investigación coinciden con Atkin (1988) quien menciona que para que no inicie relaciones sexuales tempranamente y no se embarace la adolescente requiere conocimientos claros sobre la sexualidad y el uso de anticonceptivos; además de encontrarse dentro de un contexto social en el cual el modelo del embarazo precoz no sea lo más común, así como estar motivada a continuar su educación o tener intereses alternativos y no conformarse con el rol materno como única expectativa en su vida.

Por otra parte, en los resultados de la presente investigación observamos que sólo una cuarta parte de las adolescentes de la muestra mostraban niveles significativos en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Estos resultados contradicen a otras investigaciones realizadas con adolescentes embarazadas norteamericanas, por ejemplo las realizadas por De Anda y cols. (1991 y 1992), las cuales mencionan que este tipo de población presenta altos niveles de ansiedad. Sin embargo, los resultados del presente estudio concuerdan con otros realizados con mujeres embarazadas mexicanas, por ejemplo las realizadas por Valderrama (1988), Zarco (1990) y Archundia (1981) quienes observaron que el embarazo no genera modificaciones en el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado, ya que éste se presenta dentro de los patrones de normalidad.

Algunos autores mencionan que existen ciertas características sociales, médicas y familiares que pueden estar relacionadas con la presencia de altos niveles de ansiedad en el embarazo adolescente. Por ejemplo, Everly (1989) señala que durante el segundo trimestre del embarazo se presentan bajos niveles de ansiedad; Reading (1983), Salvatierra (1989) y Lips (1982) han observado que en las mujeres con mayores niveles de ansiedad se presentan complicaciones durante el embarazo; Lieberman (citado por Black y Deblasse, 1985) observó que las adolescentes embarazadas que se encuentran casadas o en unión libre presentan menores niveles de ansiedad; Mercer y Ferketich (1988), Reading (1983) Aldana y Atkin (1990) y De Anda y cols. (1992) mencionan que las mujeres embarazadas que presentan menores niveles de ansiedad son aquellas que reciben mayor apoyo social de su esposo y de sus familiares; Kably, Mar de la Roaa, Orozco, y Alvarado (1982) y Pérez y Torres (1988) encontraron que las adolescentes embarazadas que están casadas o en unión libre tienen una evolución del embarazo más satisfactoria que en las pacientes solteras y por ende menores niveles de ansiedad; Enos y

enfrentar las demandas que el embarazo y la maternidad requieren. El tipo de familia, la falta de figuras paternas o la relación con ellos parece no estar determinando el embarazo en adolescentes.

Dentro de los resultados de la presente investigación también se pudo observar que las adolescentes conocían de métodos anticonceptivos pero la gran mayoría no los usó, básicamente por tener ideas erróneas con respecto a la sexualidad, tales como pensar que no saldría embarazada, por miedo, descuido y una pequeña proporción por querer embarazarse. Estos resultados concuerdan con diferentes autores, tales como Smith en 1982 (citado por Black y Deblasse, 1985) Aldana y Atkin (1990) Davis (citado por Zetina Luna, 1991) y Friedman (1989), quienes encontraron que las adolescentes aunque conocen de métodos anticonceptivos no los usan y nos mencionan que estas chicas tienen diversas ideas erróneas, como "no me sucederá a mí" o "después de la primera relación sexual no puedo quedar embarazada", las cuales limitan el reconocimiento de los riesgos de la actividad sexual, que aunado a la limitada capacidad de planeación del futuro y a su impulsividad dentro de la actividad sexual, hace que sea menos probable que usen métodos anticonceptivos. Aldana y Atkin (1990) mencionan que este problema se debe a que en la cultura mexicana no se acepta que una chica planeé tener relaciones sexuales y mucho menos que lo haga por placer.

Así pues, los resultados de la presente investigación coinciden con Atkin (1988) quien menciona que para que no inicie relaciones sexuales tempranamente y no se embarace la adolescente requiere conocimientos claros sobre la sexualidad y el uso de anticonceptivos; además de encontrarse dentro de un contexto social en el cual el modelo del embarazo precoz no sea lo más común, así como estar motivada a continuar su educación o tener intereses alternativos y no conformarse con el rol materno como única expectativa en su vida.

Por otra parte, en los resultados de la presente investigación observamos que sólo una cuarta parte de las adolescentes de la muestra mostraban niveles significativos en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Estos resultados contradicen a otras investigaciones realizadas con adolescentes embarazadas norteamericanas, por ejemplo las realizadas por De Anda y cols. (1991 y 1992), las cuales mencionan que este tipo de población presenta altos niveles de ansiedad. Sin embargo, los resultados del presente estudio concuerdan con otros realizados con mujeres embarazadas mexicanas, por ejemplo las realizadas por Valderrama (1988), Zarco (1990) y Archundia (1981) quienes observaron que el embarazo no genera modificaciones en el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado, ya que éste se presenta dentro de los patrones de normalidad.

Algunos autores mencionan que existen ciertas características sociales, médicas y familiares que pueden estar relacionadas con la presencia de altos niveles de ansiedad en el embarazo adolescente. Por ejemplo, Evert (1989) señala que durante el segundo trimestre del embarazo se presentan bajos niveles de ansiedad; Reading (1983), Salvatierra (1989) y Lips (1982) han observado que en las mujeres con mayores niveles de ansiedad se presentan complicaciones durante el embarazo; Lieberman (citado por Black y Deblasse, 1985) observó que las adolescentes embarazadas que se encuentran casadas o en unión libre presentan menores niveles de ansiedad; Mercer y Ferketich (1988), Reading (1983) Aldana y Atkin (1990) y De Anda y cols. (1992) mencionan que las mujeres embarazadas que presentan menores niveles de ansiedad son aquellas que reciben mayor apoyo social de su esposo y de sus familiares; Kably, Mar de la Rosa, Orozco, y Alvarado (1982) y Pérez y Torres (1988) encontraron que las adolescentes embarazadas que están casadas o en unión libre tienen una evolución del embarazo más satisfactoria que en las pacientes solteras y por ende menores niveles de ansiedad; Enos y

Handlan (citado en McCullough y Scherman, 1991) mencionan que aquellas adolescentes que presentan menores niveles de ansiedad son aquellas que tienen un menor conflicto en sus casas por el embarazo.

Como hemos observado en los resultados del presente estudio, las adolescentes de la muestra no presentan complicaciones médicas, se encuentran cursando el segundo trimestre de embarazo, están viviendo con su pareja, reciben apoyo por parte de sus padres y también observamos que el embarazo era un evento esperado, todas estas características podrían explicar la presencia de bajos niveles de ansiedad en las adolescentes embarazadas de nuestro estudio; sin embargo, no todas las adolescentes presentaban bajos niveles de ansiedad, ya que una cuarta parte presentaba valores significativos en la escala que mide este estado emocional.

Reading (1983) y De Anda y cols. (1991, 1992) mencionan que otro factor importante en la presencia de elevados niveles de ansiedad se refiere a los estilos de afrontamiento que utilizan para manejar los problemas que se les presentan.

Con respecto a los problemas que tienen que enfrentar las adolescentes embarazadas, en el presente estudio observamos que casi la mitad de éstas tienen problemas con su pareja, con los padres y con la familia política, es decir, las adolescentes embarazadas tienen problemas en sus relaciones interpersonales. En anteriores investigaciones, por ejemplo las realizadas por De Anda y cols. (1992 y 1991), también se menciona que las adolescentes embarazadas tienen discusiones con la pareja lo cual es una fuente de ansiedad.

En relación a los estilos de afrontamiento que utilizan las adolescentes del presente estudio, observamos que en general estos están dirigidos al problema y a las emociones y de una manera más específica los estilos de afrontamiento estaban dirigidos a entender mejor la situación, decirse cosas para sentirse mejor, ver el lado positivo de la situación, tomar las cosas con calma y platicar con la pareja o con algún otro familiar. Esto último nos indica que a pesar de que estas adolescentes tienen problemas con sus relaciones de pareja y familiares tratan de hablar con ellos entender la situación y hacer cosas para sentirse mejor.

También en los resultados fué posible observar que aquellas adolescentes que tienen menores síntomas de ansiedad utilizan los estilos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema, a las emociones y al apoyo social, mientras que aquellas adolescentes que tienen mayores síntomas de ansiedad presentan un afrontamiento dirigido a la evitación del problema.

Estos resultados concuerdan con otras investigaciones que se han realizado con adolescentes y con adolescentes embarazadas. Por ejemplo, Patterson y McCubbin (1987) encontraron que las adolescentes en general presentan un estilo de afrontamiento dirigido a la expresión de los sentimientos, desarrollo de autoconfianza y optimismo y al apoyo social; lo cual indica que las adolescentes están más orientadas a la familia y son más propensas a involucrarse en relaciones interpersonales para tratar de resolver sus problemas. También De Anda y cols. (1991, 1992) observaron que un estilo de afrontamiento utilizado por las adolescentes embarazadas es buscar ayuda o hablar con alguien cercano y descargar sus emociones; así mismo Moos (1986) menciona que un estilo de afrontamiento utilizado por estas adolescentes es la evitación de sus problemas lo cual, aunque con menor frecuencia, también se presentó en las adolescentes de nuestro estudio. Así mismo, González y colaboradoras (1991) encontraron que aquellas mujeres embarazadas que presentaban menos síntomas emocionales, tales como ansiedad, utilizaban estilos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema y a la regulación

afectiva, mientras que aquellas que presentaban mayores síntomas emocionales presentaban un estilo de afrontamiento tendiente a la descarga emocional.

En general, los resultados del presente estudio nos permitieron determinar que el embarazo en las adolescentes en general está íntimamente relacionado a la falta de uso de anticonceptivos y a la existencia de ideas erróneas con respecto a la sexualidad.

Por otro lado, de acuerdo a los resultados obtenidos también es posible decir que el embarazo en las adolescentes que se encuentran casadas o viviendo en unión libre con su pareja está relacionado con el nivel socioeconómico de éstas y con las expectativas de vida. Dado que las chicas del estudio pertenecían a un nivel socioeconómico bajo y medio y habían abandonado sus estudios, puede considerarse que esta clase de adolescentes ven como expectativa de vida casarse, tener hijos y dedicarse al cuidado de éstos, sin tener como plan de vida el lograr obtener una profesión; por lo que para ellas no resulta tan inconveniente el llegar a quedar embarazadas, lo cual podría también estar relacionado con la falta de uso de anticonceptivos.

Así mismo, podríamos decir que debido a que sus expectativas de vida se ven logradas con el embarazo y matrimonio, su estado emocional no se ve alterado de una manera significativa, ya que para ellas el embarazo o el periodo de adolescencia no es una situación problemática o generadora de ansiedad; más bien, como ellas mismas lo reportan, es la relación de pareja la que genera problemas y ansiedad.

Esto nos lleva a pensar que aun y cuando el matrimonio o unión con la pareja pueda ser una expectativa de vida, ya que sus recursos económicos no les permiten tener otras aspiraciones, o bien pueda ser una forma de legitimizar el embarazo, las adolescentes embarazadas no están lo suficientemente preparadas para establecer una relación de pareja armónica, ya que éstas adolescentes tienen diversos conflictos con su relación de pareja, entre los que se destacan, discusiones, falta de comunicación, desconfianza, celos y desinterés y esto podría llevarlos a que su relación de pareja fracase y pueda llegar a terminar en un divorcio, generándose con ello diversos problemas psicosociales.

Es aquí en donde los estilos de afrontamiento juegan un papel importante, ya que aquellas adolescentes que emplean estilos de afrontamiento adaptativos, es decir, tendientes a la búsqueda de apoyo social, a la solución de los problemas o dirigidos al estado emocional presentan menores síntomas de ansiedad. Mientras que aquellas que utilizan estilos de afrontamiento menos adaptativos como lo son la evitación de los problemas, tienen mayores síntomas de ansiedad.

Así pues, los estilos de afrontamiento más adaptativos les permiten manejar los problemas que ellas tienen con su pareja logrando también con esto tener un mejor estado emocional.

Llama la atención que las adolescentes embarazadas solo hayan reportado problemas con sus parejas y con otros familiares y que no mencionaran al embarazo en sí mismo como un problema o como una fuente de ansiedad. Esto puede deberse, ya sea a una negación del estado emocional que el embarazo les genera, es decir, que las adolescentes no perciben toda la serie de modificaciones a nivel biopsicosocial que el embarazo les genera, o bien a que el periodo de embarazo en el que se encontraban las adolescentes de este estudio era relativamente estable, ya que de acuerdo con Everly (1989) durante el primer trimestre de embarazo existe mayor ansiedad ya sea por que se trata de un evento no planeado que modifica su estilo de vida, puesto que en este periodo contraen matrimonio y por el simple hecho de saberse embarazada y lo que esto

implica. Así pues las adolescentes probablemente habían pasado el período más difícil de su embarazo, que es el aceptarlo conscientemente e iniciar una vida de pareja.

Todo lo expuesto anteriormente nos indica que para tratar de prevenir el embarazo en adolescentes es necesario incidir sobre esta población tratando de crearles intereses alternativos como el estudio o el trabajo, así como brindarles una educación sexual haciendo énfasis en el uso de métodos anticonceptivos y en el manejo de ideas erróneas con respecto a la sexualidad. Sin embargo, una limitación para poder realizar este tipo de intervención es que muchas de estas adolescentes interrumpen su educación formal a una edad muy temprana y es difícil que el equipo de educación y de salud llegue a ellas, por lo que una opción para informar a los adolescentes sobre métodos anticonceptivos es a través de los medios masivos de comunicación procurando que esta información sea clara y precisa.

Por otro lado, el abordaje terapéutico a nivel psicológico de la adolescente embarazada con pareja debe estar dirigido básicamente a la relación de pareja, más que al desarrollo propio de las tareas de la adolescencia o al embarazo, ya que la situación en la que este tipo de adolescentes se encuentra requiere de un apoyo para la solución de conflictos con su pareja.

Además, otro tipo de intervención que es importante realizar con las adolescentes es el brindarles apoyo y orientación una vez que estas hayan tenido a su hijo, para ayudarles a que logren una adecuada adaptación a su nueva condición de madres.

Finalmente, no hay que olvidar que las adolescentes de la muestra estaban casadas o viviendo en unión libre con sus parejas y pertenecían a un nivel socioeconómico medio y bajo, por lo que los resultados de este estudio no pueden generalizarse a otras adolescentes, como podrían ser a las adolescentes de clase alta o a las adolescentes solteras. Ya que, para estas adolescentes el embarazo puede tener un significado distinto y generarles otra serie de problemas que también podrían enfrentar de manera distinta.

□

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

El embarazo en adolescentes está íntimamente relacionado con el uso de métodos anticonceptivos y con la existencia de ideas erróneas con respecto a la sexualidad.

Las adolescentes de un nivel socioeconómico medio y bajo con pocas posibilidades de obtener una educación formal consideran al embarazo como una expectativa de vida.

Las adolescentes embarazadas que están casadas o en unión libre no presentan niveles significativos de ansiedad.

Las adolescentes embarazadas casadas o que viven en unión libre presentan conflictos de pareja.

Aquellas adolescentes embarazadas que presentan bajos niveles de ansiedad utilizan estilos de afrontamiento dirigidos a la búsqueda de apoyo social, a la solución de sus problemas y a las emociones.

Aquellas adolescentes embarazadas que presentan altos niveles de ansiedad utilizan estilos de afrontamiento dirigidos a la evitación de sus problemas.

□

SUGERENCIAS

Con base en los resultados del estudio a continuación se presentan algunas recomendaciones:

Realizar más investigaciones sobre el tema que consideren el nivel socioeconómico de las adolescentes embarazadas, así como su estado civil. Es decir, sería de gran interés comparar el estado emocional de las adolescentes embarazadas que pertenecen a un nivel socioeconómico alto con las que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, así como a las adolescentes que se encuentran solteras con las que tienen pareja.

Llevar a cabo investigaciones de tipo longitudinal con las adolescentes embarazadas, desde el momento en que acuden a una Institución de salud, lo cual generalmente ocurre en el primer trimestre de embarazo hasta que hayan tenido a su hijo y quizás varios años después de esto, para conocer los cambios que van teniendo, los problemas que en cada periodo para ellas son más importantes y la manera en que los resuelven.

Desarrollar programas de información sexual dirigidos a las adolescentes que abarquen el uso de métodos anticonceptivos, el manejo de ideas erróneas con respecto a la sexualidad y que pudieran abarcar sólo a las adolescentes que acuden a una Institución educativa, sino a la población que, como muchas adolescentes de este estudio, abandonan la escuela a una edad muy temprana; esto significa poder informar a las adolescentes precisa y claramente a través de los medios masivos de comunicación.

Implementar programas de tratamiento psicológico para las adolescentes casadas que estén dirigidos a la solución de conflictos de pareja y al fortalecimiento de uso de estrategias de afrontamiento adaptativas o tendientes a la búsqueda de apoyo social, a la solución de problemas y dirigidos al mejoramiento de su estado emocional.

□

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. y Knobel M. (1970). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós.
- Aldana, E. y Atkin, L. C. (1990). Depresión durante el embarazo en adolescentes. La psicología social en México. 3. pp. 77-81.
- American Psychiatric Association (1993). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Archundia Sanchez, A. (1981). El nivel de ansiedad en una muestra de 40 mujeres embarazadas, bajo la influencia de 2 métodos de preparación para el parto. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.
- Atkin, L. C. (1988). Embarazo durante la adolescencia en la ciudad de México: causas y consecuencias psicosociales.
- Atkin, . C. y Givaudan, M. (1989). Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. Temas selectos en reproducción humana.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 84, pp 191-215.
- Barclay, R. L. y Barclay, M. L. (1975). Aspect of the nonnal psychology of pregnancy: the midtrimester. American journal of obstetrcy and gynecology. 125 (2), pp. 207-211.
- Bellak, L. y Small, L. (1970). Psicoterapia breve y de emergencia. México: Pax-Mex.
- Bernstein, G. A., Garfinkel, B. D. y Hoberman, H. M. (1989). Self-Reported Anxiety in Adolescents. American journal of psychiatry, 146, 384-386.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. Psychoanal study child. 14, 113-121.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. Journal of behavioral medicine. 4 (2), 139-157.
- Black, C. y Deblassie, R. R. (1985). Adolescent pregnancy: Contributing factors, consequences, treatment and plausible solutions. Adolescence. 20 (78) 281-289.
- Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México: Joaquín Mortiz.
- Caso, A. (1989). Fundamentos de psiquiatría. México: Limusa.
- Cecil, (1987). Tratado de medicina interna. México: El manual moderno.
- Craig, G. J. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall

De Anda, D., Darroch, P. Davidson, M., Gilly, J. y Morejon, A. (1990). Stress management for pregnant adolescents and adolescent mothers: a pilot study. Child and adolescent social work. 7 (1), pp. 53-67.

De Anda, D., Javidi, M., Jefford, S., Kamoroaski, R., et al. (1991). Stress and coping in adolescence: A comparative study of pregnant adolescents and substance abusing adolescents. Children and youth services review, 13 (3), pp. 171-182.

De Anda, D., Darroch, P. Davidson, M., Gilly, J., Javidi, M., Jefford, S., Kamoroaski, R., y Morejon-Schrobsdorf, A. (1992). Stress and coping among pregnant adolescents. Journal of adolescent social work. 7 (1), pp. 94-109.

Erikson, E. H. (1963). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Horme.

Erikson, E. H. (1970). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.

Estevez, G. P. y Atkin, L. C. (1990). El significado del abandono escolar para la adolescente embarazada. La psicología social en México 3, pp. 87-90.

Everly, G. S. (1989). A clinical guide to the treatment of the human stress response. The plenum series on stress and coping. New York: Plenum.

Fernández MacGregor, A., Arcelus de Diego, M. (1988). La psicología en el ámbito perinatal. México: INPer.

Fernández MacGregor, A., Arcelus de Diego, M., Atkin, L. C. y Pineda, L. (1988) Adolescentes embarazadas relación de pareja y apoyos familiares. La psicología social en México. 2, pp. 357-364.

Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middleaged community sample. Journal of health ans social behavior. 21, pp. 219-239.

Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (1975). Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat.

Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En: Obras completas. España: Amorroutu.

Friedman, H. L. (1989). La Investigación psicológica para la salud reproductiva de los adolescentes. Conferencia internacional sobre fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe.

García Baltazar, Julio (1985). Repercusión perinatal en la embarazada adolescente. Tesis de especialidad en Ginecología y Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología.

Gerstuch, R. L. y Key, M. K. (1984). Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stress. Psicosomatic medicine. 36.

Givaudan, M., Atkin, L. C. y Pineda, L. (1990). Implementación de un sistema de observación de la interacción de padres adolescentes y sus bebés: estudio de 4 casos. La psicología social en México. 2, 232-238.

Goldberger, L. y Breznitz, S. (1982). Handbook of stress. Theoretical y clinical aspects. London: The Free Press.

González, C. G. y Morales, C. F. (1993). Normalización de un instrumento para medir depresión (EAMD) en mujeres embarazadas. Revista de Perinatología y Reproducción Humana. 7 (3), 110-113.

González Fortaza, C. F. (1992). Estrés psicosocial y respuesta de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

González Fortaza, C. F., Morales Carmona, F. y Gutierrez Calderon, E. (1991). Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: un estudio comparativo. Anales del Instituto Nacional de Psiquiatría. pp. 160-168.

Hamburg, B. A. (1974). Early adolescence: a specific and stressful stage of the life cycle. En: Coelho, G.V.; Hamburg, D. S. y Adams, J. E. Coping and adaptation. New York: Basic Books.

Endler, N. S. y Edwards, J. (1982). Stress and personality. En: Goldberger, L. y Breznitz, S. Handbook of stress. Theoretical y clinical aspects. Cap. 4. pp. 36-48. London: The Free Press.

Ibáñez Brambila, B. (1984). Factores psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista mexicana de psicología. 1 (1), pp. 72-78.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (1990). Estados Unidos Mexicanos. Resumen General del XI Censo General de Población y Vivienda de 1990.

Jeffrey, T. B. y Jeffrey, L. K. (1991). Psychologic Aspects of Sexual Abuse in Adolescence. Current opinion in obstetrics and gynecology. 3, pp. 825-831.

Kably Ambe, A., Mar de la Rosa, J. M., Orozco Herrera, M. T. y Alvarado Duran, A. (1982). Embarazo en la adolescente. Análisis de 500 casos. Ginecología y obstetricia de México. 50 (303), pp. 179-182.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of health and social behavior. 21 (3).

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. México: Ediciones Roca.

Lineberger, M. R. (1987). Pregnant adolescents attending prenatal parent education classes: self-concept, anxiety and depression levels. Adolescence. 22 (85), pp. 179-193.

Lips, H. M. (1982). Somatic and emotional aspects of the normal pregnancy experience: the first five months. American journal of obstetrics and gynecology, 142, pp. 524-529.

Loosli-Usteri, M. (1982). La ansiedad en la infancia. Madrid: Morata. Segunda Edición.

Loya López, P. E. (1986). Embarazo en la adolescencia: repercusiones en la dinámica familiar. UNAM. Fac de Medicina. Tesis de Especialidad en Medicina familiar.

Martínez, S., Hernández, D., Alatorre Rico, J., Picazo, J., Atkin, L. C. y Givaudan, M. (1990). La interacción entre un grupo de madres adolescentes y sus bebés en comparación con otros cuidadores (padres y abuelos). La psicología social en México, 3, pp. 103-108.

McCullough, M. y Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy: contributing factors and strategies for prevention. Adolescence, 26 (104), pp. 809-816.

McKenry, P. C., Wallters, L. H. y Johnson, C. (1979). Adolescent pregnancy: a review of the literature. The family coordinator, 23 (1), 17-23.

Méndez, G. (1986). Aspectos psicológicos de la mujer embarazada. Tesis de Maestría en gineco-obstetricia. México: INPer.

Mercer, R. T. y Ferketich, S. L. (1988). Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy. Advances in nursing science, 10 (2) 26-39.

Mouroy de Velasco, A. (1991). Salud, sexualidad y adolescencia. México: Pax-México.

Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. American journal of community psychology, 12, 5-25.

Moos, R. H. (1986). Coping with life crises. An integrated approach. New York: The Plenum Press.

Moos, R. H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En: L. Goldberger y S. Breznitz. Handbook of stress: Theoretical aspects, cap. 14. pp. 212-230. London: The Free Press.

Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crises. En: R. H. Moos. Coping with life crises. An integrated approach. New York: The Plenum Press.

Morales Carmona, F. y González Campillo, G. (1990). Normalización del instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. Revista mexicana de psicología, 7 (1 y 2) 75-80.

Noller, P. y Callan, V. (1991). The adolescent in the family. London: Routledge.

Orduña Ayala, S. (1992). Influencia familiar en el embarazo de la adolescente. Tesis de Especialidad. Facultad de Medicina. UNAM.

Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1987). Psicología. España: McGraw-Hill.

Papalia, D. E. y Olds, S. W. (1988). Desarrollo humano. México: McGraw Hill.

Patterson, J. M. y McCubbin, H. (1987) Adolescent coping style and behaviors: Conceptualization and measurement. Journal of adolescence, 10 (2), pp. 162-186.

Pérez Segura, J. y Torres A. (1988). Repercusiones del embarazo en la salud perinatal de la adolescente. En: Atkin, L. C., Arcelus, M., Fernández MacGregor, A. y Tolbert, K. La psicología en el ámbito perinatal. México: INPer. pp. 380-397.

Parks, P. (1957). Emotional factors in early pregnancy. Josiah macy jr. foundation, N. Y.

Pick de Weiss, S., Atkin, L. C. y Karchmer, K. (1988). Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general. En: Atkin, L. C., Arcelus, M., Fernández, M. A. y tobert, K. La psicología en el ámbito perinatal. México: INPer. pp. 448-486.

Reading, A. E. (1983). The influence of maternal anxiety on the course and outcome of pregnancy: a review. Health psychology, 2 (2), pp. 187-202.

Rosas Alvarez, A. Comparación de ansiedad rasgo, en adolescentes recluidos en centro tutelar para menores y en adolescentes que viven en su hogar. Tesis de licenciatura. México: Universidad Autónoma de Guadalajara.

Russell-Brown, P. (1989). Investigación de operaciones: sus aplicaciones al problema de embarazo entre adolescentes. Conferencia internacional sobre fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe. Oaxaca: México.

Salvatierra, M. V. (1989). Psicobiología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca.

Skala, E., Atkin, L. C., Valdez Blasques, A. M. y Fernández MacGregor, A. (1990). La adolescente embarazada y su relación de pareja. La psicología social en México, 3, pp. 82-86.

Smith, P. B. (1982). Social and affective factors associated with adolescent pregnancy. Journal Sh Health, 52 (2).

Soifer, R. (1977). Psicología del embarazo, parto y puerperio. Buenos Aires: Kargieman.

Spielberger, C. D. y Díaz-Guerrero, R. (1975). IDARE. Inventario de ansiedad rasgo-estado. México: El Manual Moderno.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Standley, K., Soule, B. y Copans, S. (1979). Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. American Journal of obstetrics and gynecology, 135 (22), pp. 22-26.

Valderrama, G. (1988). Perfil psicológico de pacientes del INPer con embarazo normal. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología. UNAM.

Valdés, A. M. y Atkin, L. C. (1988). Actitudes maternas: prácticas de crianza y expectativas de desarrollo infantil en un grupo de adolescentes embarazadas. INPer

Valdés, M. y Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés (conceptos y estrategias de investigación). Barcelona: Martínez Roca.

Vallejo, R. J. y Gasto, F. C. (1990). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: México.

Videla, M. (1990). Maternidad. Mito y realidad. Tercera edición. Buenos Aires: Nueva Visión.

Watson, R. I. y Lindgren, H. C. (1979). Psicología del niño y del adolescente. México: Limusa.

Welti, C. (1989). La fecundidad adolescente en México.

Witkin, H. A. y Goodenough, D. R. (1977). Field dependence and interpersonal behavior. Psychological Bulletin, 84, pp. 661-689.

Zárate, A., MacGregor, C. y Castelazo, A. L. (1973). Endocrinología Ginecológica del Embarazo. México: La Prensa Médica Mexicana.

Zarco Villavicencio, I. S. (1990). Estudio comparativo de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas primíparas, multiparas y no embarazadas. Tesis de Licenciatura. Universidad Continental.

Zetina Luna, M. C. (1991). Algunas consideraciones sobre el embarazo en la adolescencia: alternativas de prevención primaria. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. ENEP Iztacala.

□

ANEXO 1

IDARE
INVENTARIO DE AUTOEVALUACION

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache en el recuadro de la respuesta que indique *cómo se siente ahora mismo*, o sea, *en este momento*. no hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

| | NO, EN LO ABSOLUTO | UN POCO | BASTANTE | MUCHO |
|--|--------------------|---------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado | | | | |
| 2. Me siento seguro | | | | |
| 3. Estoy tenso | | | | |
| 4. Estoy contrariado | | | | |
| 5. Estoy agusto | | | | |
| 6. Me siento alterado | | | | |
| 7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo | | | | |
| 8. Me siento descansado | | | | |
| 9. Me siento ansioso | | | | |
| 10. Me siento cómodo | | | | |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo | | | | |
| 12. Me siento nervioso | | | | |
| 13. me siento agitado | | | | |
| 14. Me siento a "punto de explotar" | | | | |
| 15. Me siento reposado | | | | |
| 16. Me siento satisfecho | | | | |
| 17. Estoy preocupado | | | | |
| 18. Me siento muy excitado y aturdido | | | | |
| 19. Me siento alegre | | | | |
| 20. Me siento bien | | | | |

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y tache en el recuadro de la respuesta que indique como se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

| | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECUENTE MENTE | CASI SIEMPRE |
|--|------------|---------------|-----------------|--------------|
| 21. Me siento bien | | | | |
| 22. Me canso rápidamente | | | | |
| 23. Siento ganas de llorar | | | | |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | | | | |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirlo rápidamente | | | | |
| 26. Me siento descansado | | | | |
| 27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" | | | | |
| 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | | | | |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | | | | |
| 30. Soy feliz | | | | |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho | | | | |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | | | | |
| 33. Me siento seguro | | | | |
| 34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | | | | |
| 35. Me siento melancólico | | | | |
| 36. Me siento satisfecho | | | | |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | | | | |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | | | | |
| 39. Soy una persona estable | | | | |
| 40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado | | | | |

ANEXO 2

ESCALA DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

Escoja algún problema al cual se haya tenido que enfrentar últimamente.

Por favor escriba usted aquí ese problema.

Indique por favor, cuáles de las siguientes situaciones se acercan más a lo que hizo usted frente al problema.

| | NO | SI ocasionalmente | SI con frecuencia |
|---|----|----------------------|----------------------|
| 1. Trató de entender mejor la situación | | | |
| 2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar | | | |
| 3. Platicó con un amigo sobre el problema | | | |
| 4. Habló con algún profesionalista (médico, abogado, sacerdote) | | | |
| 5. Rezó para encontrar guía o fortaleza | | | |
| 6. Se preparó para lo peor | | | |
| 7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería | | | |
| 8. Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona | | | |
| 9. Trató de verle el lado positivo a la situación | | | |
| 10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa | | | |

| | NO | SI ocasionalmente | SI con frecuencia |
|---|----|----------------------|----------------------|
| 11. Elaboró y siguió un plan de acción | | | |
| 12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas | | | |
| 13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado | | | |
| 14. No demostró sus sentimientos | | | |
| 15. Tomó las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron | | | |
| 16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad | | | |
| 17. Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo | | | |
| 18. Trato de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación | | | |
| 19. Se dijo a si misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor | | | |
| 20. Se alejó momentáneamente del problema | | | |
| 21. Supo lo que se tenía que hacer y luchó para lograrlo | | | |
| 22. En general evitó estar cerca de la gente | | | |
| 23. Se prometió a si misma que las cosas serían diferentes la próxima vez | | | |
| 24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido | | | |
| 25. Lo aceptó, nada se podía hacer | | | |
| 26. Demostró sus sentimientos de alguna manera | | | |
| 27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares | | | |
| 28. Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación | | | |