

109
2 es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

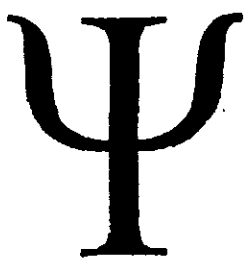
FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO; ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO Y DEPRESION EN UN GRUPO
DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS
(VERACRUZ, VER.)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
RAQUEL GONZALEZ JIMENEZ
SANDRA ORCILLEZ AVILA

DIRECTOR: LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA
ASESOR: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA



MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

263293



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

A Manuel, por todo lo compartido.

A quienes tanto amo y siempre están conmigo:

Gabriel, Carlos, Alberto, Ivan, Hugo, Anales, Eder, Uri, Tere y Belen .

Y a quienes tanto amé y ya no están conmigo:

Juanita, Sergio, Anselmo y Rosita.

A Eduardo, por ser parte de mí,
y porque ilumina mi vida.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A Gus, Chayo, Marinita y Agélica
por estar siempre cerca de mí.

El presente trabajo no hubiera sido posible sin la orientación y apoyo de la Maestra Asunción Valenzuela Cota.

Asimismo agradecemos el apoyo de la Directora del Hospital de Ginecopediatría No. 71 de I.M.S.S. de la Ciudad de Veracruz, Ver.:
Dra. Imelda Lagunas.

Y a todos los que siempre nos brindaron apoyo, esperando agradecerles permanentemente.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.	
ADOLESCENCIA.	3
1.1 Características físicas de la adolescencia	3
1.2 Características psicosociales de la adolescencia	4
1.3 Sexualidad del adolescente	6
Bibliografía	10
CAPITULO II.	
EMBARAZO.	11
2.1 Características biológicas del embarazo	11
2.2 Características psicosociales de la mujer embarazada	13
2.3 Embarazo adolescente	16
2.3.1 Relaciones sexuales y sociedad	19
2.3.2 Relaciones sexuales y escuela	20
2.3.3 Relaciones sexuales y pares	20
2.3.4 Relaciones sexuales y familia	21
2.3.5 Relaciones sexuales y él adolescente	22
2.3.6 Relaciones sexuales y la adolescente	22
2.3.7 Uso de métodos anticonceptivos y sociedad	23
2.3.8 Uso de métodos anticonceptivos y escuela	24
2.3.9 Uso de métodos anticonceptivos y familia	25
2.3.10 Uso de métodos anticonceptivos y él adolescente	26
2.3.11 Uso de métodos anticonceptivos y la adolescente	27
2.3.12 Embarazo, nacimiento y sociedad	28
2.3.13 Embarazo, nacimiento y escuela	29
2.3.14 Embarazo, nacimiento y pares	29
2.3.15 Embarazo, nacimiento y familia	29
2.3.16 Embarazo, nacimiento y él adolescente	30
2.3.17 Embarazo, nacimiento y la adolescente	32
2.3.18 Embarazo, nacimiento y los hijos	33
Bibliografía	35
CAPITULO III.	
DEPRESION.	39
3.1 Enfoque médico	39
3.2 Enfoque psicodinámico	41
3.3 Enfoque conductista	42
3.4 Adolescencia y depresión	44
3.5 Depresión en adolescentes embarazadas	46
Bibliografía	49

CAPITULO IV

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	51
4.1 Teoría evolucionaria y adaptación de conducta	53
4.2 Teoría psicoanalítica y de crecimiento humano	54
4.3 Teoría del desarrollo del ciclo de vida	54
4.4 Teoría de las perspectivas culturales y socio-ecológicas	55
4.5 Teoría de la estructura integrada conceptual	56
4.6 Teoría de la crisis	57
4.7 Clasificación del afrontamiento	57
4.7.1 De acuerdo con el método de afrontamiento	58
4.7.1.1. Cognoscitivo activo	58
4.7.1.2. Conductual activo	59
4.7.1.3. Conductual evitativo	59
4.7.2. De acuerdo con el foco de afrontamiento	60
4.7.2.1. Centrado en el problema	60
4.7.2.2. Centrado en las emociones	61
4.8. Recursos de afrontamiento	62
4.9. Medición del afrontamiento	65
4.10 Estilos de afrontamiento en adolescentes	67
4.11 Estilos de afrontamiento en adolescentes embarazadas	70
Bibliografía	72
METODOLOGIA.	73
Planteamiento del problema	73
Tipo de estudio	73
Variables	73
Variable independiente.	
Variable dependiente.	
Diseño de investigación	74
Muestreo	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Escenario	74
Instrumentos	74
Procedimiento	75
Resultados	76

Correlaciones	98
Discusión	99
Conclusiones	105
Sugerencias	106
Limitaciones	107
Bibliografía general	108
Anexo I	115
Anexo II	118
Anexo III	120

INTRODUCCION.

1

El alto índice del embarazo adolescente 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 limitaciones a nivel social y familiar y con diversos problemas a nivel psicológico.

Desde el punto de vista médico el embarazo adolescente es considerado de alto riesgo, debido a la serie de complicaciones que durante éste se puedan presentar, algunos de ellos son: anemia, preclampsia, placenta previa, infecciones en las vías urinarias, así como de la vagina, parto prematuro, prolongación del trabajo de parto, entre otros; todo esto asociado a la baja atención médica prenatal que la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan. (Aznar y Lara, 1967; David, 1981 y Rusell, 1981) (citados por Ibañez, 1984).

Por otro lado, en el aspecto educativo-social, la adolescente embarazada generalmente no completa sus estudios, lo cual la pone en desventaja para trabajar y ser bien remunerada. (Duby, 1980; Njogu, 1980; Rosenfield, 1981) (citados por Ibañez, 1984). Otras consecuencias a nivel social son un mayor número de divorcios y embarazos subsecuentes en las adolescentes; la mayoría de las madres jóvenes se casan a raíz del embarazo, y estos matrimonios tienden a disolverse en menos de seis años (McKenry, Walters, Johnson, 1979). Además se observa en las adolescentes embarazadas que muy frecuentemente llegan a tener embarazos en corto tiempo, debido al temprano inicio de su vida sexual y al escaso uso de métodos anticonceptivos (McDonald en 1984, citado por Vargas, 1991).

Además existen repercusiones desfavorables en los hijos de madres adolescentes, así se ha observado que hay factores que aumentan la probabilidad de morbilidad durante los primeros años de vida, estos son: prematuridad, bajo peso y talla al nacer, infecciones congénitas, problemas neurológicos, nutrición inadecuada, retardo en el crecimiento fetal uterino, accidentes, negligencia materna y muerte súbita. También se ha encontrado retraso en el desarrollo, debido a la pobre nutrición, a la carencia de cuidados prenatales y falta de estimulación por parte de la madre. (Wolti, 1995).

Este fenómeno del embarazo adolescente ha sido estudiado principalmente en la capital de la República, y en los estados donde también se presenta el interés ha sido menor. El Estado de Veracruz, cuenta con el 5.8% de los adolescentes del país; correspondiendo el porcentaje de .09% a los jóvenes de la zona conurbada de Veracruz-Boca del Río; cifra importante de considerar si tomamos en cuenta que en nuestro país el 37% del total de las mujeres en edad reproductiva han tenido su primer hijo antes de los 20 años (Rodríguez, 1996).

Wolti, (1987), menciona que la escolaridad y la ruralidad son factores importantes asociados con la maternidad temprana. Los sectores en que predomina ésta, corresponden a mujeres sin escuela (60% de los casos) y también a mujeres que viven en comunidades rurales (de menos de 2,500 habitantes). Es importante resaltar este aspecto de la escolaridad y la ruralidad, dado que a la ciudad de Veracruz, asiste una gran cantidad de población con características rurales que provienen de poblados cercanos a ésta, en busca de mejores servicios de salud, educativos y de trabajo.

En los Cuadernos Pathfinder, (1995), se habla de los indicadores básicos sobre planificación familiar, de las 32 entidades federativas que conforman al país, se acordó otorgar prioridad a 9, que son aquellas con indicadores socioeconómicos y demográficos más desfavorables. Para la selección de estos estados se considera, en especial, su baja prevalencia anticonceptiva, alta fecundidad y mortalidad infantil, elevada ruralidad así como su volumen total de población; entre dichas entidades se encuentra el estado de Veracruz.

La adolescencia es una etapa de búsqueda de identidad, de independencia, de necesidad de cercanía con sus iguales, así como la presencia de conductas impulsivas carentes de una planeación y prevención de las consecuencias; como resultado de ello en ocasiones se presenta un embarazo. También existe un gran interés por la sexualidad, la cual está conformada por cuatro subsistemas: reproductividad, género, erotismo y vinculación afectiva.

Rubio (1992) señala que la estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales: la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas. La significación mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia, conforma su sexualidad; cuando comparte dichas significaciones con otras personas, hace posible la consideración social de los procesos sexuales.

Existen estudios que muestran que los estilos de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas les permiten controlar sus emociones; intentando con ello solucionar su problema. Asimismo estos estilos de afrontamiento pueden estar influidos por la presencia de depresión. El estado de salud mental de la adolescente permite saber el nivel de intervención necesario.

Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación es conocer los estilos de afrontamiento que utilizan las adolescentes embarazadas que radican en la zona conurbada de la ciudad de Veracruz, dependiendo de la depresión y el estado general de salud que presenten; los resultados derivados, podrán ser utilizados en instituciones dedicadas a la educación y fomento de la salud con la finalidad de planear acciones de prevención e intervención que reduzcan la incidencia del fenómeno.

Esta investigación podrá utilizarse para una comparación entre los diferentes estudios que se han llevado a cabo con respecto al embarazo adolescente, otorgando así más recursos para un adecuado manejo del problema.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

Actualmente, existen muchas definiciones que intentan enunciar los elementos y características del adolescente, sin embargo es difícil contemplar alguna que contenga los tres aspectos básicos de la vida humana: el biológico, el psicológico y el social.

Etimológicamente el término adolescencia proviene del latín "adolescere" que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez. Esto no sólo significa el crecimiento físico, sino también el mental. En el aspecto somático representa alcanzar una estatura adulta, la adquisición de rasgos físicos característicos del individuo adulto y el desarrollo del aparato reproductor que hace posible la procreación (Hurlock, 1970).

El Diccionario Enciclopédico (1985), define la adolescencia, como la edad que sigue a la niñez, desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Se manifiesta por un rápido desarrollo físico y mental y generalmente va acompañado de trastornos emocionales. En la mujer suele iniciarse a los 12 años y en el hombre a los 14; estos límites varían según los climas, las razas y los medios sociales que pueden determinar adaptaciones precoces o retardos en la vida adulta.

De acuerdo a Papalia y Olds (1988), la adolescencia es un período muy importante de los seres humanos donde se dan diversos y rápidos cambios tanto fisiológicos, intelectuales como en la personalidad del individuo; dura aproximadamente una década y no tiene principio ni fin determinado; sobre todo en la sociedad occidental, comienza alrededor de los 12 años y termina finalizando los 19; se piensa que termina cuando el individuo llega a la madurez tanto física como psicológica.

CARACTERISTICAS FISICAS DE LA ADOLESCENCIA.

Los cambios fisiológicos y morfológicos que acompañan la maduración sexual del individuo se conoce como pubertad. En la pubertad hay dos tipos generales de cambio en el sistema reproductivo y sexual; en primer lugar las características primarias del sexo experimentan cambios fisiológicos, en segundo lugar se producen modificaciones corporales notables llamadas características secundarias.

Es importante remarcar, que las características primarias son aquellas con las cuales ya nace el individuo, tales como los órganos genitales, y las secundarias son las que aparecen en el individuo durante esta etapa.

Estos cambios, inician cuando el hipotálamo actúa sobre la glándula hipófisis dando lugar a que las hormonas actúen sobre los testículos y los ovarios, llevando a cabo la producción de espermatozoides y hormonas masculinas en el hombre y óvulos y hormonas femeninas en la mujer. Las hormonas son sustancias que el cuerpo fabrica y que actúan como mensajeros del cerebro informándoles a ciertas glándulas y órganos lo que tienen que hacer.

Hormonas especiales llamadas sexuales producen los cambios que suceden durante la pubertad, y también son las responsables de hacer que empiece el funcionamiento de los órganos reproductivos. Estas hormonas dan lugar a las características sexuales secundarias, las que van a depender de factores tales como la alimentación, la herencia, las influencias endócrinas, el clima, la raza y la situación geográfica (Pick de Weiss, Aguilar, Rodríguez, Trujillo, 1992).

Comfort (1980), menciona los cambios físicos o características secundarias que se presentan durante la pubertad:

- En el hombre:

Crecimiento del vello corporal, vello púbico y axilar, así como el facial.

Posible aparición de acné.

Ensanchamiento de hombros.

Cambio del timbre de la voz (se vuelve más grave).

Agrandamiento de testículos y pene.

La piel se vuelve más grasosa y áspera.

Aumento de peso y altura.

Secreción de glándulas sudoríparas.

Producción de espermatozoides.

- En la mujer:

Crecimiento del vello púbico y axilar.

Desarrollo de senos y un aumento en protuberancia del pezón.

Posible aparición del acné.

Crecimiento de los órganos genitales internos y externos.

La piel se vuelve más grasienta y áspera.

Aumento de peso y altura.

Ensanchamiento de caderas.

Secreción de glándulas sudoríparas.

Aparición de la menarca (menstruación).

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE LA ADOLESCENCIA.

En el aspecto psicosocial la adolescencia ha sido abordada por diversos autores, entre ellos:

Blos (1971), la define como la suma total de todos los medios para ajustarse de la etapa de la pubertad a las nuevas condiciones internas y externas que confronta el individuo. El objetivo principal de la adolescencia según lo señala Blos, es un segundo paso en la individuación que conlleva a un sentido de identidad; para lograr esta formación de la identidad, el adolescente pasa por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada en la que debe conocerse interna y externamente.

Erikson (1976), dice que es el período en el cual debe establecerse una identidad positiva dominante del yo, tiene que establecerse la identificación del yo, a la luz de las experiencias anteriores y aceptar que los cambios corporales y libidinales son partes de sí mismo. La identidad del yo implica la integración total de ambiciones y aspiraciones, junto con todas las cualidades adquiridas a través de identificaciones anteriores. Erikson describe la búsqueda de identidad de los adolescentes en la quinta crisis del desarrollo psicosocial, la cual es denominada Identidad frente a Confusión de roles. El peligro de esta etapa es la confusión del rol; lo que perturba al adolescente es la incapacidad para decidirse por una identidad ocupacional. Para evitar la confusión se identifican temporalmente, hasta el punto de una aparente pérdida completa de la identidad, con personas, que para ellos tienen características de héroes. Esto inicia la etapa del "enamoramamiento", que no es en modo alguno total o siquiera sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen. En grado considerable, el amor adolescente constituye un intento por llegar a una definición de la propia identidad proyectando, la propia imagen yoica difusa en otra persona y logrando así que se refleje y aclare gradualmente.

Aberastury y Knobel (1978), 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. Señalan que ante la situación social cambiante, el adolescente como un ser con actitudes igualmente cambiantes tiende a manejarse de una manera particular expresando cierta sintomatología que conforma el llamado "Síndrome Normal de la Adolescencia".

Diez aspectos que caracterizan dicho síndrome son: búsqueda de sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, necesidad de intelectualizar y fantasear, las crisis religiosas, la desubicación temporal, la evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad, actitud social reivindicadora, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta determinada por la acción, separación progresiva de los padres, y constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo, que se ven matizadas por un sentimiento básico de ansiedad y depresión.

Freud A., Osterrieth y Piaget (1977), considera a los años adolescentes como los más importantes para la formación del carácter. Los cambios glandulares que producen cambios fisiológicos también afectan el funcionamiento psicológico. La libido (energía básica que abastece el impulso sexual), vuelve a despertarse y amenaza el equilibrio id-ego, mantenido durante los años de latencia. Los conflictos resultantes causan ansiedad, así como posibles temores y síntomas neuróticos, que ponen de manifiesto defensas de represión, negación y desplazamiento. Para evitar ser abrumados por impulsos instintivos, los adolescentes emplean mecanismos de defensa del ego, tales como intelectualización (transformación de sus percepciones en pensamiento abstracto) y autonegación.

Durante la adolescencia el joven tiene que afrontar los numerosos cambios que se producen en las actitudes de las personas que los rodean, en su posición respecto del grupo social y en el rol que se le ofrece. Se le dice que está "creciendo" y que se espera de sí nuevos tipos de comportamiento. Sin duda, se le otorgan ciertos derechos y facilidades de los que no disfrutaba el niño, pero a cambio de ello se le imponen nuevas demandas y responsabilidades, y pierde algunos privilegios anteriores.

Es decir, por un lado, el joven se ve ante sí mismo en proceso de cambio y tiene una nueva manera de considerarse y de considerar las cosas que hace, por otro, tiene que enfrentar circunstancias y exigencias a las que anteriormente no tenía que adaptarse. Todos sus hábitos y seguridad en sí mismo se ven cuestionados en ocasiones siente nostalgia de ellos y aunque las seducciones de la novedad son intensas, implican más de un aspecto inquietante. No se comprende y se siente incomprendido; se busca pero no encuentra en sí mismo nada claro ni seguro; al no saber qué tipo de conducta adoptar; podría decirse que se niega a conducirse en modo alguno. Para ser el mismo, para afirmarse a sí mismo en su nueva posición, tiene que apartarse y diferenciarse de todo lo que tenga relación con su posición anterior; incluyendo a sus padres y su medio familiar.

Martínez (1985), dice que la búsqueda y la afirmación de la personalidad no tiene lugar solamente en el contexto de una oposición y una identificación con el adulto, ni en el de una soledad melancólica o feliz; igualmente importante es ahora el grupo de pares; entre sus pares que tienen sus mismas preocupaciones el joven halla al mismo tiempo seguridad y una rivalidad que lo estabiliza. El adolescente debe responder a las expectativas que observa entre sus mayores: el medio escolar, social y, sobre todo familiar, exigen de sí algunas disposiciones para las cuales no se encuentra aún suficientemente preparado. Descubriendo por consiguiente, que el acto de crecer implica una lucha entre su propio ser, y el modelo de individuo socialmente aceptado que de sí se espera.

SEXUALIDAD DEL ADOLESCENTE.

Rubio (1996), dice que el concepto de respuesta sexual humana se refiere a una serie de cambios fisiológicos que ocurren en el organismo humano cuando el individuo está bajo la influencia de cierto tipo de estímulo que provoca modificaciones específicas (respuestas) que tienen la potencialidad de desencadenar el orgasmo. La respuesta sexual humana tiene funciones reproductivas y placenteras.

Es importante señalar que la eficacia de un estímulo depende de innumerables circunstancias, la mayoría de ellas subjetiva, es decir, un mismo estímulo aplicado a dos individuos con antecedentes educacionales, culturales, religiosos, etc., diferentes, tendrán respuestas diferentes, o bien, el mismo estímulo aplicado al mismo individuo en dos momentos diferentes puede no resultar igualmente efectivo. Por eso, la conceptualización del estímulo sexual efectivo debe hacerse en un marco subjetivo.

Rubio (1992) señala que la estructuración mental de la sexualidad es el resultado de las construcciones que el individuo hace a partir de las experiencias que vive y que se originan en diversas potencialidades vitales: la de procrear, la de pertenecer a una especie dimórfica, la de experimentar placer físico durante la respuesta sexual y la de desarrollar vínculos afectivos con otras personas. La significación mental que el individuo hace de estas fuentes de experiencia, conforma su sexualidad; cuando comparte dichas significaciones con otras personas, hace posible la consideración social de los procesos sexuales. Los significados de las experiencias, permiten la construcción e integración de la sexualidad; ocurre que los significados en cada una de las áreas interactúan con las otras porque, precisamente, están en relación una con otras. No es posible modificar los significados reproductivos, por ejemplo, si no se contempla la resignificación genérica, erótica y vinculativa. La significación sexual, entendida con amplitud, comprende entonces el significado de la reproducción como posibilidad (reproductividad), de la experiencia de pertenecer a uno de dos sexos (género), de la significación de la calidad placentera del encuentro erótico y la significación de los vínculos afectivos interpersonales.

Para fines descriptivos y de estudio, la respuesta sexual humana se considera un ciclo, esto es, el individuo se encuentra en un estadio basal previo, del que pasa a una serie de estadios o fases en las que ocurren los cambios propios de la respuesta; una vez completados los cambios, el individuo regresa al estadio basal.

Ausubel (1989), menciona que la adolescencia es un período crítico a causa de dos poderosas corrientes que confluyen, una biológica y la otra psicológica. El organismo se ve invadido por hormonas que producen una rápida madurez reproductiva y crean exigencias sexuales en un individuo que, en nuestra cultura, todavía está lejos de ser emocional o socialmente maduro

Para Millis (1977), la energía sexual alcanza su desarrollo pleno, y la mayoría de las veces aparece el impulso de expresar esta energía difícil de controlar. Esta urgencia sexual, creará una serie de confusiones en el adolescente que darán origen a ciertas conductas sexuales con el único objeto de liberar la tensión sexual, la cual se encuentra a niveles muy altos debido a la gran cantidad de hormonas que se liberan.

Azcárraga (1978), postula que la manifestación de las conductas sexuales depende de varios factores que, contribuyen a crear la sexualidad de cada individuo. Entre estos factores se encuentran: la educación, el ambiente familiar, el ambiente social, la religión, los tabúes, la cultura, los valores y los medios de comunicación. Pero independientemente de las variaciones que pueden presentarse debido a la influencia de estos factores en la maduración de la actividad sexual, en cualquier edad, hay algunas manifestaciones más o menos constantes de este tipo de conductas sexuales en los adolescentes.

Algunas conductas sexuales son:

- Abstinencia. Algunos jóvenes optan por la abstinencia porque es la salida más aceptada por los adultos en nuestra cultura: no realizar actividad sexual ni autoerótica, ni con otra persona.
- Masturbación. Es la conducta sexual más frecuente en la adolescencia. La masturbación es la manipulación de los órganos genitales con el fin de proporcionar placer.
- Caricias sexuales. Las caricias entre varones y mujeres son una de las actividades eróticas más comunes en la adolescencia. Master y Johnson, (1985), las definen como el contacto físico que no implica una unión genital pero en la cual hay una deliberada intención de efectuar una excitación erótica.
- Prostitución. Es una opción de conducta sexual, en la que el dinero es el elemento intermediario para realizar el coito. Esta forma de relación permite la gratificación sexual sin un compromiso afectivo.
- Relaciones premaritales. Se consideran como las relaciones sexuales llevadas a cabo por personas de distinto sexo que no están casadas. Esta es quizás la práctica que la mayoría de los adolescentes buscan para satisfacer su deseo sexual.

Por último Horrocks, (1984), considera que el desarrollo emocional de los adolescentes difiere en ambos sexos a medida que incrementa la edad; señala algunos aspectos como el sentimentalismo, dominancia, idealismo y racionalismo, los cuales en los varones considera se conserva el deseo de dominancia en relación inversa al sentimentalismo, lo cual puede ser un factor importante para explicar el que el involucramiento emocional en las relaciones sexuales se limite a la gratificación corporal mientras que en las mujeres se conserva el sentimentalismo y el idealismo, respondiendo también a las costumbres culturales, mismas que plantean expectativas en cuanto a los papeles sexuales a desarrollarse. Por otro lado cuando los adolescentes deciden iniciar su vida sexual, se pone de manifiesto que no se define en primera instancia el mantenimiento de la misma con la finalidad de procreación y vida marital: Marcelli, Braconnier, Ajuria Guerra (1986), encuentran una clara diferenciación entre los sexos con relación a lo anterior, el 8% de los varones continúa con la misma compañera sexual, frente al 29% de las mujeres, de manera similar Mc Creary , (1986), reportan que en los varones, la práctica sexual se presenta como una forma de afirmación de su heterosexualidad, mientras que en las mujeres esto se lleva a cabo como una forma de competir con las actividades de los varones; en las mujeres las relaciones sexuales se presentan a través de la presión de sus parejas, la mayoría de las mujeres consideran que estar enamoradas es una condición importante para una relación sexual, asimismo tanto las mujeres como los hombres según el análisis de estos autores no están preparados para la paternidad ni la crianza de los niños a estas edades; lo anterior permite suponer que el interés por llevar una vida sexual activa tiene que ver más con la búsqueda de satisfactores emocionales.

Es posible que esta diferenciación entre sexos en cuanto a desarrollo emocional pueda ser otro de los factores que determinan el que una joven llegue a quedar embarazada, si se considera que su madurez en cuanto a previsión de consecuencias no ha llegado a desarrollarse, quedando a la deriva en lo que respecta a la toma de decisiones adecuadas de carácter preventivo que, como lo señala Jag (1989), la adolescente debe reconocer para sí misma que ha iniciado una actividad sexual para entonces decidir como puede evitar embarazo no deseado.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury A. y Knobel (1978). La Adolescencia Normal. Buenos Aires: Paidós.
- Ausubel D.P. (1989). Familia y Sexualidad. Buenos Aires, Paidós.
- Azcárraga G. (1978) Sexualidad Básica. México: Prensa Médica Mexicana.
- Blos P. (1971), Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Joaquín Mortiz.
- Comfort A. (1980). El adolescente, sexualidad, vida y crecimiento. España: Blume.
- Diccionario Enciclopédico Larousse. (1985), México.
- Erikson E. (1976). Infancia y Sociedad. Argentina, Paidós.
- Freud A., Osterrieth P., y Piaget J. (1977). El Desarrollo del Adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- Horrocks J.E., (1984) Psicología de la Adolescencia. México, Trillas.
- Hurlock E. (1970). Psicología de la Adolescencia. New York. Interamericana.
- Jag M.S. (1989). Obediencia de las adolescentes a los regímenes anticonceptivos. Clinicas pediátricas de Norteamérica. 36, 3, 789-806.
- Marcelli D. Braconnier A., Ajuria Guerra J. (1986). Psicopatología del Adolescente. Manual de Ajuria. México: Masson.
- Martínez R. (1985). La farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.
- Mc Creary A.J. (1986). Adolescent attitudes and beliefs about sexual behavior. Child and Adolescent Social Work. 3, 3, 177-193.
- Millis D.E., (1977). El adolescente y el sexo. México, V Siglos.
- Papalia D. y Olds S. (1988). Desarrollo Humano. México, Mc, Graw Hill.
- Pick de Weiss S., Aguilar, Rodríguez, Trujillo E. (1992). Planeando tu vida. México: Limusa.
- Rubio E. (1996). Hablemos de Sexualidad, lecturas. Respuesta Sexual Humana. CONAPO Y MEXFAM.

CAPITULO II

EMBARAZO

CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS.

Todos los mamíferos hembras, entre ellos la hembra humana, fueron dotados por la naturaleza con un equipo biológico que les hace posible engendrar, dentro de sí mismas a un nuevo ser. En efecto, en su interior se lleva a cabo este acontecimiento que se inicia con la unión de dos células cuyo encuentro al parecer, obedece al azar, aunque posiblemente ocurra por una selección natural no explicada aún.

Annis (1982), dice que para que se logre el encuentro mencionado, es necesaria la concepción que en su momento inicial y a través de la eyaculación donde hay más de 200 millones de espermatozoides y sólo unos miles llegan hasta las trompas de falopio y en el lapso de 60 a 90 minutos, únicamente cerca de 200 alcanzan las proximidades del óvulo. Este difícil desplazamiento es el método que tiene la naturaleza de que sólo los espermatozoides más saludables tengan probabilidades de fecundar al óvulo.

Al momento en que los espermatozoides se encuentran apiñados en torno al óvulo segregan una sustancia química que disuelve una zona pelucida, lo que facilita el acceso al espermatozoide. El óvulo no se limita a un papel receptor pasivo, sino que envuelve al espermatozoide extendiendo unas vellosidades blandas y diminutas llamadas microvilli. Posteriormente se genera un bloqueo eléctrico de corta duración a lo que sigue la formación de una capa externa proteica, impidiendo la entrada de otros espermatozoides y de todo elemento externo. A continuación el óvulo lleva al espermatozoide a su interior y hace que coincidan los núcleos uniéndose por primera vez las unidades de información genética de los padres.

La fecundación que marca el inicio de la fase embrionaria, origina una célula denominada cigoto que contiene 46 cromosomas con información genética, y después de 30 horas acontecen varias divisiones que dan lugar a la formación de un cúmulo de células llamadas mórula, que desciende por la trompa de falopio en los próximos 3 ó 4 días después de la fecundación y penetra en la cavidad uterina. La acumulación del líquido en el interior de la mórula, da lugar a la formación del blastocito. Posteriormente desaparece la zona pelucida y el blastocito se adhiere a la superficie endometrial, por lo general, en la parte superior de la pared dorsal del útero, en donde sigue desarrollándose y recibiendo oxígeno y alimento a través de las secreciones del revestimiento del útero.

La implantación culmina de 5 a 9 días después de la concepción y no es acompañada por ningún síntoma físico perceptible por la mujer; de modo que resulta imposible determinar con exactitud el momento en que acontece.

La segunda etapa prenatal del desarrollo es el estado embrionario, que es el período de 6 semanas comprendido entre el final de la segunda semana y la terminación del segundo mes posterior a la concepción. En este período, el embrión, crece con rapidez y, hacia el final de las ocho primeras semanas posteriores a la concepción, el 95% de las partes del cuerpo apareció mediante el proceso de diferenciación, proceso en el que la, inicialmente masa global de la blástula evoluciona y da regiones cada vez más precisas y específicas, como la cabeza, los brazos y las piernas. En este estadio se desarrollan casi todos los sistemas y estructuras presentes en el recién nacido y algunos ya se encuentran en funcionamiento.

Las primeras ocho semanas posteriores a la concepción constituyen un período muy activo y crucial del desarrollo; mientras que, al final de este período, se han desarrollado casi todos los sistemas y estructuras del ser humano, todavía le falta crecer y desarrollarse mucho en los siete meses previos al parto pero, en sentido básico, el crecimiento de aquí en adelante será una ampliación de los sistemas corporales ya existentes; de esta manera, cualquier perturbación grave del medio durante estas primeras ocho semanas puede perjudicar todo el proceso de desarrollo, por la sencilla razón de que quizás nunca haya otra oportunidad para completar el crecimiento o para corregir la *deformación*.

La tercera y última etapa, el estadio fetal, se prolonga desde el final del segundo mes hasta el nacimiento. El período fetal dura siete meses y es el más largo de los estadios prenatales. Los sucesos principales de esta etapa, comprenden el aumento sustancial del tamaño fetal, junto con el perfeccionamiento de detalles y el crecimiento de las estructuras corporales aparecidas durante la etapa embrionaria.

El embarazo conlleva a dos tipos de proceso, por un lado los cambios físicos en la madre y el desarrollo del producto y por otro, los cambios psicológicos. Sin embargo, es común que el estado físico y mental de la gestante fluctúe, haciendo de cada embarazo una experiencia diferente.

Desde el punto de vista biológico el embarazo sigue un desarrollo cuya duración es por término medio de 266 días (38 semanas aproximadamente), desde el primer día del último ciclo menstrual. Para su estudio puede dividirse en períodos de 3 meses -trimestres-, siguiendo la práctica obstétrica tradicional, lo cual facilita la descripción de los cambios adaptativos de este período, considerables tanto en número como en grado.

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE LA MUJER EMBARAZADA.

Las reacciones emocionales durante el embarazo, pueden ser provocadas por muy diversos factores, como pueden ser los culturales, sociales, económicos y familiares; durante una experiencia emocional profunda el organismo reacciona de distintas maneras; cambios en la resistencia eléctrica de la piel; se eleva la presión arterial y el volumen sanguíneo de algunos órganos se altera; aumenta la frecuencia cardiaca; la respiración se hace más rápida; las pupilas se dilatan; la secreción salival disminuye; se presenta respuesta pilomotoria; la motilidad del aparato digestivo disminuye o cesa por completo; los músculos se ponen tensos y tiemblan y la composición de la sangre cambia.

Annis (1982), menciona que es probable que casi todas las mujeres experimenten malestares emocionales durante el embarazo, incluida la posible ambivalencia afectiva hacia el embarazo en sí. Los sistemas sanguíneos de madre e hijo se encuentran separados, pero es incorrecto suponer que no existe relación alguna entre los sistemas nerviosos de ambos; a veces, cuando la madre experimenta intensas emociones de miedo, de ira, o de ansiedad, el sistema nervioso libera ciertas sustancias químicas en la corriente sanguínea, junto con hormonas que secretan las glándulas endócrinas, en tanto que también se modifica el metabolismo de las células corporales. Como consecuencia, cambia la composición de la sangre y se transmiten nuevas sustancias al sistema circulatorio del feto a través de la barrera placentaria, produciéndose un equilibrio hormonal anómalo.

De este modo, no son las experiencias e impresiones maternas las que se transmiten al feto sino modificaciones químicas bastante notorias. El efecto de estas modificaciones químicas sobre el niño depende del período del embarazo en el que ocurre.

Martin (1978), menciona que durante el embarazo las tendencias básicas del comportamiento y las emociones continúan siendo las mismas, pero, a veces, son de esperar variaciones y exageraciones; en primer lugar porque la gestante se haya sometida a la influencia de diversas hormonas reproductoras que no le afectaban antes de quedar en tal estado. Con el embarazo se producen también cambios en el comportamiento diario, los cuales pueden originar tensiones; la futura madre está aprendiendo a desempeñar su nuevo papel social, en algunos casos de dependencia. Su papel es ahora por completo distinto del de las solteras o, incluso al de la casada que ha trabajado, al cual ha podido dedicar la mayor parte de su energía y tiempo; una mujer en fase avanzada de embarazo o la que tiene que cuidar a un recién nacido no puede trabajar tan fácilmente

Macy y Falkner (1980), mencionan que para los psicoanalistas el embarazo señala una etapa esencial en el proceso de maduración desde la niñez hasta la plenitud de la vida adulta. También el Psicoanálisis ha interpretado de dos maneras el papel que juega un embarazo en la vida de una mujer. Una interpretación se basa en el concepto del embarazo como crisis, es decir un estado de salud anormal que, sólo tras un tiempo después del embarazo recupera la normalidad. El otro punto de vista es que el embarazo y el parto forman parte del desarrollo completo normal de la mujer.

La futura madre al quedar embarazada puede, ya sea, cambiar por completo o no modificar ni el carácter ni el comportamiento. Cada mujer tiene su propia manera de convertirse en madre, que depende de su edad, de su educación, de su medio, de su carácter. Pero, excepto los extremos la futura madre tiene una psicología particular que evoluciona con los meses.

Pernolid (1990), dice que durante el primer trimestre el embarazo se considera de incertidumbre y adaptación, aún cuando ella sepa que espera un hijo, sólo estará verdaderamente convencida cuando lo siente vivir en ella o cuando vea su imagen en una ecografía. Puede manifestar alegría y desconcierto, pero éste es a lo desconocido, a la inquietud por el porvenir, a la reacción del marido y hasta algún accidente. Esta mezcla de alegría, de rechazo, de temor, caracteriza el primer trimestre, el sentimiento de rechazo aunque sea muy profundo tiende a cambiar cuando la madre siente moverse a su hijo. El deseo de la maternidad corresponde a un instinto tan profundo que incluso la mujer que juró no desear a su hijo, lo desea.

El temor a lo desconocido indica a menudo, una especie de regresión, la mujer se siente desprotegida, dependiente como en estados infantiles y ello la lleva a acercarse a su madre quien ya pasó por eso. Además, esta futura madre se siente más emotiva, más frágil física y psicológicamente, así como también siente que ha alcanzado el estado adulto, pues va a tener un hijo. Esta ambivalencia es una de las razones de estos cambios de humor que el medio tiene a veces dificultad de comprender.

Dentro del segundo trimestre (del equilibrio), es sumamente difícil el describir los sentimientos de la mujer que por primera vez siente en ella a su hijo, la emoción es tan fuerte, tan profunda, que una mujer no habla de esto con facilidad. Los primeros movimientos tienen gran importancia para la futura madre, aceptan abiertamente su embarazo (aunque desde luego), mucho dependerá del medio, ya sea pareja, padres, amigos, pero habrá como punto de partida, una señal procedente del mismo niño. Esta presencia del niño actúa verdaderamente sobre los pensamientos, la imaginación y sobre el cuerpo; pues reacciones como la salivación, náuseas, falta de sueño y apetito retornan. Las mujeres saben que es necesario modificar sus actividades; a partir del cuarto mes es importante también la ayuda que puedan proporcionar las amistades.

El tercer trimestre es el de repliegue, es el centro exclusivo de los pensamientos, intereses y preocupaciones de la futura madre. A medida que transcurren las semanas la madre, centra todos su pensamientos en el niño que lleva, atenta a su crecimiento, posición, cambios, a la frecuencia de los movimientos, los periodos de calma, agitación, habla de sí como si ya hubiera nacido, le atribuye cualidades, teme defectos físicos, la situación familiar. Eternamente preocupada por el niño que va a nacer, se diría a veces que la futura madre desea aislarse aún de aquellos que ama, así como, la indiferencia en el terreno afectivo de la madre; desde el punto de vista intelectual se vuelve menos atenta, tiene fallas de memoria, entre otros.

La última semana parece más larga que los nueve meses precedentes. Esta impaciencia tiene la ventaja de esfumar la aprehensión del parto que más o menos siempre persiste. En vísperas del alumbramiento, la futura madre vive una actividad febril, con deseo de arreglo, limpieza, orden, cambios de mobiliario, demasiada energía, síntoma de que el nacimiento se aproxima.

Avila y Pérez (1994), señalan que cuando una mujer está sola será el primer problema que deber resolver: encontrar compañía, apoyo, una distribución de las preocupaciones comunes. Aún cuando se tenga la suerte de contar con una familia comprensiva, se le aconseja buscar contactos exteriores, lo cual es beneficioso para la madre y el bebé. A pesar de que los recuerdos del padre se hayan vuelto aversivos y físicamente no esté ahí el padre deberá tener un lugar en la vida del niño.

EMBARAZO ADOLESCENTE

De acuerdo con el nuevo análisis del Alan Guttmacher Institute (1997), puede considerarse el embarazo adolescente como todos aquellos que se presentan en mujeres que en el momento del parto tienen 19 años o menos. El embarazo en mujeres menores de 19 años, no es un fenómeno nuevo en la historia del mundo; históricamente, el matrimonio se realizaba a muy temprana edad en muchos países y el embarazo se esperaba que sucediera casi de inmediato. Esto es todavía la norma en muchos países en desarrollo donde las tasas de fertilidad de mujeres adolescentes permanecen aún altas. Aproximadamente 15 millones de nacimientos de adolescentes ocurren cada año a nivel mundial; lo que significa el 10% de todos los nacimientos.

Rodríguez (1996) señala que el embarazo entre las mujeres menores de 20 años se ha definido como un problema a partir de 1985, año internacional de la juventud. Los trabajos realizados a partir de entonces dieron testimonio de la gran proporción de población joven en el mundo, cercana a la 5a. parte de la población mundial. Particularmente en el llamado tercer mundo, la proporción de jóvenes entre 10 y 19 años es de casi 25%, por lo cual su conducta sexual y reproductiva es un factor determinante de la velocidad del crecimiento poblacional, así como de la estructura por edad que se perfila en los diversos países.

El embarazo adolescente es un fenómeno multifactorial que abarca dimensiones médicas socioculturales, psicológicas y económicas.

En México, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid, 1992), de un total de población de 85,600,000 de habitantes, 20,734,989, son jóvenes entre 10 y 19 años.

Welti, (1995), menciona que la fecundidad temprana es un patrón importante en nuestro país, pues 37% del total de mujeres en edad reproductiva han tenido su primer hijo antes de los 20 años. De los nacimientos anuales, 16% corresponden a madres menores de 19 años, y una cuarta parte de los atendidos en hospitales de maternidad comprende mujeres menores de 20 años.

Como ya se mencionó en los párrafos anteriores, uno de los problemas que más preocupa al mundo actual es la explosión demográfica. A pesar de que muchos países han logrado controlar el ritmo de crecimiento de su población, no han podido controlar el problema que les ocasiona el embarazo adolescente.

Ibañez, (1984), en su artículo de la Revista Mexicana de Psicología, señala que los nacimientos de adolescentes ocasionan un crecimiento acelerado de la población porque reducen el período de tiempo que transcurre entre una generación y la siguiente y, además, la tendencia general de la adolescente es de tener un número elevado de embarazos, cortos intervalos entre los nacimientos y familias numerosas.

Atkin, Ehrenfeld y Pick, (citadas por Langer y Tolbert, 1996) señalan que la preocupación en torno a las consecuencias adversas del ejercicio desinformado de la sexualidad entre los adolescentes de la región de América Latina, ha generado una cantidad relativamente alta de investigaciones durante la última década.

El embarazo adolescente es uno de los aspectos preponderantes de los estudios de riesgo reproductivo; tradicionalmente se lo tipifica como de "alto riesgo", debido a su asociación con complicaciones materno-infantiles.

La mayoría de los autores que han abordado este tema, coinciden en que es necesario abordar el contexto en que se ha desarrollado la adolescente, el cual puede reflejar una serie de condiciones que contribuyen al ejercicio de una sexualidad precoz y desprotegida, y que determinan en gran medida sus implicaciones.

Langer y Tolbert (1996), plantean que para entender mejor los resultados en este campo, conviene distinguir seis posibles etapas en el proceso sexual y reproductivo: la existencia de relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos, la práctica del aborto, el embarazo y nacimiento, la adopción y, por último, la crianza. Tanto sus causas como sus consecuencias pueden obedecer a factores sociales, culturales y psicológicos distintos. Asimismo, los elementos que inciden o son afectados durante el proceso pueden agruparse en siete áreas: la sociedad en términos amplios, la escuela, los coetáneos o pares, las familias de origen, las características personales del varón adolescente (compañero de la joven o padre del bebé) y de la adolescente, y en caso de alumbramiento el niño o la niña.

La primera de las seis etapas es la de las relaciones sexuales, que en la adolescente se identifica con el inicio de dichas relaciones.

La segunda etapa corresponde al uso o al no uso de anticonceptivos cuando los adolescentes inician sus relaciones sexuales. Aquí el principal interés se ha centrado en los factores asociados con el uso adecuado o inadecuado de métodos efectivos o inefectivos.

Las dos siguientes etapas dependen de la existencia de embarazo; si los hay, las adolescentes se enfrentan a la necesidad de decidir si llevaran el embarazo a término o si optarán por el aborto. La alternativa de aborto inducido es una opción real, pero está matizada por dificultades y ambivalencias, y agravada por la clandestinidad con la que se realiza en nuestro país. La opción de llevar a término el embarazo no necesariamente es una decisión consciente, aún cuando muchas veces puede reflejar un proceso de evaluación por parte de la adolescente, de su pareja y de su familia de origen. En esta etapa es muy importante que la adolescente reciba una atención pre y para natal oportuna y adecuada; sin embargo, la posibilidad y las condiciones de dicha atención dependen de las características y el contexto socioeconómico y psicosocial.

Si se decide que el embarazo continúe, todavía existen dos opciones a considerar: dar al hijo en adopción legal o informal, o criarlo. La decisión de aceptar y criar al niño reflejará diversas influencias y tendrá un aspecto importante sobre la vida de los padres jóvenes y del hijo.

Se han clasificado siete áreas que deben considerarse en relación con estas etapas. La primera corresponde al rubro sociedad, que incluye a los mensajes culturales y a las instituciones. Los mensajes culturales abarcan la publicidad, la música, la radio, la televisión, el cine y el teatro; las instituciones comprenden la iglesia, los servicios de salud, el empleo, los clubes sociales y deportivos, y demás.

La segunda área es la escuela, al respecto se deben considerar los cursos formales de educación sexual, pero también otros factores que podrían influir en las aspiraciones de los alumnos, como los contenidos y carencias en los cursos, la calidad de la educación y el apoyo para los alumnos con dificultades académicas, la calidad de la relación maestro-alumno y las actividades extracurriculares.

La tercera área de los coetáneos o pares, cobra importancia durante la adolescencia y en ocasiones contrarresta la influencia del grupo familiar. Las actitudes y conocimientos de los pares, así como las presiones que ejercen pueden ser determinantes en la conducta de los adolescentes.

La familia de origen tanto de la joven como del varón, es la cuarta área pues desempeña un importante papel como transmisor cultural y por su participación en el desarrollo psicosocial de los jóvenes.

Otra área esencial es el varón de la pareja, sea adolescente o mayor. Algunos estudios se han enfocado sobre el varón adolescente, aunque la mayor parte estudia al hombre como pareja de la adolescente sexualmente activa o embarazada. Además de las características propias del hombre se ha incluido en esta categoría los aspectos de la relación de pareja.

Para ampliar las etapas referentes al proceso sexual y reproductivo, a continuación se relacionarán con las áreas de estudio ya mencionadas.

RELACIONES SEXUALES Y SOCIEDAD

En cuanto a las relaciones sexuales y la sociedad, Morris, Núñez, Monroy, Bailey, Cárdenas, Whatley (1988), plantean que el significado de la sexualidad se verá afectado en parte por los modelos de papeles prevalentes para las mujeres y los hombres, los cuales varían tanto en diferentes momentos históricos como en diferentes subgrupos dentro de una misma cultura. En algunos ámbitos de América Latina, en especial en las zonas urbanas, parece que muchos de los mensajes sociales y culturales sancionan las relaciones sexuales fuera del matrimonio y a temprana edad; las influencias modernas, tanto extranjeras como nacionales, pueden incitar a una mayor expresión de la sexualidad y ponen en tela de juicio los valores tradicionales de la virginidad, la sumisión y la pasividad sexual de la mujer.

Giraldo Neira, (1986), refiere que en la mayoría de los países de América Latina, aún se mantienen mensajes de doble moral en relación con la sexualidad. Por un lado, se toleran y facilitan las relaciones prematrimoniales para los varones mientras se prohíben y condenan en el caso de las mujeres.

En México, los datos disponibles de diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común (Núñez, Morris, Bailey, Cárdenas y Whatley 1986; Sumano-Avendaño, Chartt-León y Angeles Reyes 1984). En una encuesta hecha en la ciudad de México en 1988, 16% de las adolescentes del sexo femenino entre 12 y 19 años afirmó haber tenido relaciones sexuales (Pick, Díaz Loving, Andrade-Palos, Atkins, 1988).

En nuestro país la iglesia y otros grupos conservadores continúan ejerciendo una fuerte represión de la sexualidad. A nivel de los valores culturales prevalece la idea de que "las niñas buenas no deben tener relaciones sexuales antes del matrimonio" (Rodríguez, Amuchástegui, Rivas, 1992).

En el programa nacional de planificación familiar, los adolescentes se consideran oficialmente un grupo prioritario. En 1990, la Secretaría de Educación Pública, (SEP), decidió realizar por primera vez una prueba piloto para impartir cursos integrales de educación sexual y de vida familiar en las escuelas secundarias. Esta prueba provocó una fuerte reacción por parte de una minoría conservadora que se manifestó en los periódicos y presionó a los editores de los libros de texto para que dejaran de publicarlos. Ello tuvo algún efecto, pero, por suerte, la SEP se inclinó por la mayoría de los padres, estudiantes y maestros que aprueban la educación sexual en las escuelas. En la actualidad, la SEP prepara una amplia campaña que cubre la escuela primaria y que aborda problemas de salud, vida familiar y sexualidad.

RELACIONES SEXUALES Y ESCUELA.

En lo referente a las relaciones sexuales y la escuela, Stycos (1989) mostró que cuando se controlan estadísticamente las variables de edad y género, los cursos escolares formales de educación sexual no influyen sobre el inicio de las relaciones sexuales ni sobre la expectativa de tener relaciones premaritales. Los alumnos opinaban que la ignorancia es más peligrosa que la información y que propicia el inicio de las relaciones sexuales. Los maestros por su parte, opinaban que la relación sexual es uno de los temas más importantes del curriculum, pero admitieron que no están lo suficientemente capacitados para impartirla.

Aún cuando de manera individual las aspiraciones escolares son muy importantes para la conducta sexual de los jóvenes en realidad no se sabe hasta que punto la deficiente calidad de las escuelas puede ser un factor que induzca a los jóvenes a desertar de la enseñanza formal por no encontrar satisfacción a sus necesidades y expectativas.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1988), realizó una encuesta nacional sobre sexualidad y familia entre estudiantes de educación media superior; 97% de los estudiantes respondió que la información con respecto a la sexualidad debería provenir del programa escolar; 68% consideró que la educación sexual debería impartirse en la secundaria; 55.3% dijo que en la preparatoria, y 29% en la primaria.

Los efectos de los cursos de educación se han estudiado en algunos casos. Pick, Andrade-Palos y Townsend, (1990), mostraron que la evaluación de un programa de educación sexual basado en un enfoque psicosocial, llamado Planeando tu Vida, mostró que los cursos de este tipo no influyen sobre el inicio de las relaciones sexuales.

RELACIONES SEXUALES Y PARES.

En cuanto a las relaciones sexuales de los adolescentes y sus pares, se ha estudiado que los pares, tanto dentro como fuera de la escuela, ejercerán una gran influencia sobre las oportunidades y presiones a favor o en contra de las relaciones sexuales. En el estudio ya mencionado de Stycos (1989), se encontró que los mejores predictores del inicio de las relaciones sexuales durante el lapso de una entrevista y otra, realizado dos años después, eran los relacionados con la conducta del grupo de pares: hábito de fumar, ingestión de alcohol y el hecho de salir con muchachos.

Las adolescentes estudiadas en la ciudad de México, por Pick, Atkin, Gribble, Andrade-Palos, (1991), que habían iniciado relaciones sexuales, tenían significativamente más comunicación con sus amigas, quienes aparentemente tenían actitudes liberales sobre sexo, anticoncepción y embarazo. Asimismo, las que han tenido relaciones sexuales tienen menos amigas que estudian y más que también han tenido relaciones sexuales. Estos resultados confirman la influencia de los amigos sobre el inicio de las relaciones sexuales.

RELACIONES SEXUALES Y FAMILIA.

Referente a las relaciones sexuales y familia, son tan diversas las posibles influencias de esta última sobre la conducta sexual que es difícil señalar cuáles aspectos son más importantes. Krauskopf (1989), encontró que las hijas de madres adolescentes y quienes tienen hermanas que se embarazaron a una edad temprana inician su vida sexual antes.

La calidad de las relaciones intrafamiliares resulta importante, según estudios realizados en América Latina. Atkin y Pick (1989) mencionan que la adolescente que está más integrada con su familia es decir, la que tiene una buena relación con los padres y especialmente comunicación con la madre, y que comparte actividades y valores, tiene menor probabilidad de iniciar relaciones sexuales a edad temprana.

En México, en cuanto a la estructura familiar, Pick, Díaz-loving, Rivera Aragón, Flores Galaz y Andrade-Palos (1987); Pick, Gribble, Atkin, Andrade-Palos, (1991), encontraron que la ocurrencia de un embarazo premarital entre las hermanas y la madre de la adolescente y la poca frecuencia de la comunicación sobre aspectos personales están relacionados con la conducta sexual de la joven. Por otra parte Pick, Atkin, Gribble, Andrade-Palos (1991), encontraron diferencias importantes en la dinámica familiar: las adolescentes que iniciaron relaciones sexuales reportan una aceptación significativamente menor de los valores tradicionales familiares, así como menos comunicación con la madre.

En relación con lo anterior podemos observar que las adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, proceden de familias en las que se ha sabido combinar cierta autoridad de los padres con la apertura para hablar sobre temas íntimos. Asimismo, estas familias muestran un modelo de postergación del embarazo y, tal vez, de las relaciones sexuales.

RELACIONES SEXUALES DEL ADOLESCENTE.

Referente a las relaciones sexuales del joven, Sosa (1987); Morris y cols. (1988) observaron que las mujeres afirman haber tenido relaciones sexuales con su novio, mientras que los varones consideran con más frecuencia como amistoso o casual el tipo de relación con la joven. Dentro de las relaciones de noviazgo, cuanto mayor duración tienen, se incrementa la probabilidad de tener relaciones sexuales.

Atkin (1989), mostró evidencias de que en México las relaciones sexuales de las adolescentes no suelen darse por promiscuidad o porque quieran probar su femineidad; más bien se dan en un contexto de afecto y comprensión y sólo con el novio.

Rodríguez, Rivas y Amuchástegui (1992) en un estudio cualitativo reciente, exploraron los conceptos sobre la sexualidad entre jóvenes de 14 a 16 años de una zona culturalmente arraigada de la ciudad de México. Este estudio proporciona datos básicos preliminares sobre la percepción de los jóvenes acerca de las relaciones sexuales como un tema prohibido. Solicitar información se considera una muestra del deseo de practicar las relaciones sexuales. La consigna generalizada que relaciona el saber y la información con el aumento del deseo es una creencia profunda entre los entrevistados. Este mismo estudio menciona que es usual que sea el varón quien proponga a la chica la exploración sexual; al parecer, para los jóvenes entrevistados la iniciación sexual se produce como parte de un ritual de ingreso a la masculinidad, el cual puede incluir la prostitución.

RELACIONES SEXUALES Y LA ADOLESCENTE.

Estudios relacionados con las relaciones sexuales y la chica adolescente, mencionan que son diversos los factores individuales de la adolescente relacionados con el inicio, la frecuencia y el impacto de las relaciones sexuales: la madurez física y sexual marcada por la menarca. Así, la edad promedio de la menarca en 1886, era de 15.5 a 16.5 años en la zona urbana, mientras que recientemente esta edad, en diversos países, se reporta entre 12 y 13.5 años (Hofmann, 1984); lo que representa un descenso de la edad de la menarca de 4 meses por década. Por ello, es posible que los cambios en la conducta sexual sean en parte atribuibles a estos cambios biológicos (Tolbert, 1988).

Es indudable que existen otros factores psicosociales. Dado que las mujeres latinoamericanas que inician relaciones sexuales premaritales están haciendo algo no normativo, es posible que posean características diferentes de quienes cumplen con las normas tradicionales de la virginidad. Entre estos factores, son importantes las actitudes específicas hacia las relaciones sexuales premaritales, las características de personalidad (asertividad y autoestima), los planes de vida en términos del papel que desempeñarán y el desarrollo personal, así como los logros académicos.

En el estudio de Rodríguez, Rivas y Amuchástegui (1992) se ve el contraste con la percepción de la sexualidad de los varones mexicanos, la sexualidad de las adolescentes mexicanas parece estar muy ligada a la reproducción, y el principal temor es el embarazo. El placer no se contempla más que una degradación de este acto preservatorio de la especie que, sin embargo, se considera como patrimonio exclusivo del varón. Para ellas, la relación de noviazgo se centra exclusivamente en la ternura y el romanticismo deserotizado y sublimados; de hecho, las zonas corporales que describen como parte del jugueteo de la pareja son aquellas que siempre están expuestas (las manos, el rostro y el cabello). Según estas autoras, entre las jóvenes es importante mantener una imagen pura y conservar el honor de la familia, por lo que renuncian a imaginar o desear un encuentro sexual. Para ambos sexos existe una fuerte asociación entre el amor y la responsabilidad y entre el placer y el egoísmo. Asimismo, la iniciación sexual en las mujeres se relaciona más bien con la sumisión a los deseos de su pareja que al propio deseo.

Pick y cols., (1988), encontraron que las adolescentes que no están inscritas en la escuela y aquellas con menores aspiraciones escolares tienen mayor probabilidad de iniciar relaciones sexuales a edades tempranas.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y SOCIEDAD.

La segunda etapa del proceso sexual y reproductivo que hace mención del uso de métodos anticonceptivos, en relación con la sociedad, se observa: es importante señalar que en la región de América Latina, la prevalencia de uso de anticonceptivos entre mujeres casadas en edad reproductiva ha ido en aumento, pero es mucho menor entre las adolescentes, en unión o solteras. Sólo de algunos países de América Latina no se autoriza legalmente el suministro de métodos a mujeres solteras, pero en la mayoría es una política aceptada.

Atkin, Ehrenfeld y Pick, (1996), indican que como sociedad, es esencial considerar los mensajes transmitidos sobre lo adecuado del uso de métodos anticonceptivos, fuera de una unión. El uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes es algo que todavía la sociedad ve mal, aún cuando, contradictoriamente, muchos adultos se asombran de que tantas adolescentes se embaracen por no haber hecho algo para evitarlo. Dado el rechazo típico de la sociedad a que los jóvenes tengan vida sexual activa, no sorprende que los mensajes sociales sobre los anticonceptivos sean ambivalentes o de franco rechazo. Sin embargo, no existen estudios sobre el contenido explícito o implícito de los mensajes prevalentes, su transmisión, su efecto y las actitudes de los líderes de opinión.

El CONAPO (1988), en un estudio menciona que hace casi 20 años que en la sociedad mexicana se desarrolla un programa nacional de planificación, uno de los instrumentos para lograr mayor calidad de vida para la población en su conjunto. Entre 1976 y 1978, se duplicó el uso de anticonceptivos entre las adolescentes de 15 a 19 años de edad que vivían en unión, aunque esta cobertura sigue siendo baja. Sin embargo, la atención de los programas de planificación familiar se dirige en especial a las mujeres en unión, priorizando métodos definitivos y de larga duración, por lo que el uso de métodos de anticoncepción entre las adolescentes solteras parece ser mucho más bajo.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y ESCUELA.

Con relación al uso de métodos anticonceptivos, la escuela es probablemente, un factor determinante, según los mensajes explícitos e implícitos que proporciona a los jóvenes. Aún cuando algunos países hayan incorporado programas de educación sexual en las escuelas, con frecuencia el contenido de la clase deja mucho que desear. Según Stykos, (1989), los muchachos aprenden sobre los anticonceptivos fuera de la escuela y a temprana edad; 70% de los alumnos sabía que existían formas de evitar el embarazo desde los 11 años de edad. Sin embargo, mucho de lo que aprenden por este conducto es erróneo y debería corregirse en los cursos escolares de educación sexual con una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos.

Además del contenido de las clases, si las hay, los maestros podrían ser agentes determinantes. Según sus actitudes y conocimientos y de acuerdo con la calidad de relación que desarrollen con sus alumnos, los maestros podrían reforzar mitos, creencias y tabúes, o ser la fuente de una información veraz y de un cambio importante entre los jóvenes.

Pick, Andrade-Palos y Townsend (1990) mencionan que en México, dentro de la evaluación del programa de educación sexual Planeando tu Vida, ya mencionado, se vió que si el curso se imparte antes de que los adolescentes hayan iniciado relaciones sexuales, se incrementa la posibilidad del uso de anticonceptivos. Asimismo, los jóvenes que tomaron el curso tenían mayor conocimiento sobre sexualidad y mayor calidad sobre el acceso a los anticonceptivos y su uso.

Es probable que los pares sean una fuerte influencia para que los jóvenes utilicen o no anticonceptivos. Pick y Vargas-Trujillo (1990), mencionan que en muchos países los jóvenes han adquirido los conocimientos acerca de la fecundidad y los métodos anticonceptivos a través de sus amigos y de los medios de comunicación.

Pick, Atkin, Gribble y Andrade-Palos, (1991), mencionan que las adolescentes sexualmente activas de la ciudad de México que utilizaron anticonceptivos tenían mayor comunicación con amigas, percibidas como liberales en cuanto a su actitud hacia los anticonceptivos. En México, los programas educativos que han capacitado a jóvenes como promotores de educación sexual para otros jóvenes (como los del Centro de Orientación para Adolescentes CORA, y el de gente joven de MEXFAM), han sido muy exitosos y muy aceptados.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y FAMILIA.

Con relación al uso de métodos anticonceptivos y familia, Ehrenfeld (1991) menciona que en el seno de la familia, las actitudes sobre anticoncepción comunicadas en forma directa e indirecta, pueden ser un elemento importante. El temor de los jóvenes a ser descubiertos en sus actividades sexuales se menciona como obstáculo para el uso de los métodos modernos locales.

Pick, Atkin, Gribble y Andrade-Palos (1991) dicen que en comparación, entre adolescentes usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos en México, la familia incidió poco en su comportamiento. La comunicación con la madre no se asoció con el uso de anticonceptivos; de manera indirecta se vió que las usuarias tenían menor aceptación de los valores tradicionales familiares, lo que sugiere que estas familias podrían ser menos efectivas al comunicar ciertos valores, o bien que son más liberales.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS POR EL ADOLESCENTE.

En lo referente al uso de métodos anticonceptivos por el adolescente, Morris y cols. (1988), señalan que el conocimiento de los métodos parece estar bastante difundido en la región. Según datos de las encuestas nacionales de fecundidad, más de 70% de los adolescentes los conocía. Sin embargo, sólo entre una cuarta y una quinta parte de los jóvenes de entre 15 y 24 años pudo identificar el período fértil de la mujer. Cabe mencionar que existe una brecha aún mayor entre las actitudes, los conocimientos y las prácticas. Con frecuencia, los jóvenes conocen los métodos pero no los utilizan en sus primeras relaciones sexuales. En general, el uso aumenta a medida que se estabiliza la frecuencia y la regularidad de las relaciones sexuales. Sin embargo, debería existir cierta comunicación entre la pareja sobre el uso o no de anticonceptivos. Apparently, en muchos casos el hombre considera que es la mujer quien debe responsabilizarse, aunque también puede considerar que no es apropiado que sepa de "esas cosas".

Los pocos datos que existen sobre México, señalan que es esencial conocer estos aspectos más a fondo para poder avanzar en una educación sexual integral y apropiada. Para que una adolescente o una pareja de adolescentes utilice anticonceptivos, será necesario que la chica sienta que su compañero es receptivo, o bien que sí tome la iniciativa, sugiriendo el uso.

Rodríguez, Rivas, Amuchástegui (1992), muestran los datos cualitativos de jóvenes urbanos, de grupos arraigados culturalmente, muestran un dilema importante en el uso del condón y otros métodos anticonceptivos modernos. Si un muchacho usa condón, implica que intenta evitar un embarazo. Así mismo, el uso del condón podría revelar la existencia de otros encuentros o bien de una enfermedad o infección.

Las autoras anteriores dicen que el condón, es casi el único anticonceptivo de barrera disponible para los jóvenes en México, también se asocia con una pérdida de sensibilidad que en ocasiones provoca impotencia. Así mismo, parece que existe una fantasía masculina de que el lubricante del condón puede dañar el pene, y también se afirma que hay dificultad para conseguirlos.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS Y LA ADOLESCENTE.

Atkin, Ehrenfeld y Pick (1996) dicen que dado el hecho de que el uso de anticonceptivos por las solteras jóvenes, es algo que la sociedad no admite cabalmente, la adolescente que utiliza algún método moderno tiene que aceptar que tendrá relaciones sexuales a futuro, que las va a tener por el placer o los beneficios interpersonales que le proporciona y no para procrear, y que un posible embarazo sería un evento negativo en ese momento de su vida. Además, tiene que saber cómo conseguir algo- que no la atemorice- para evitar el embarazo y garantizar las condiciones para hacerlo. La evidencia que existe en la región sugiere con claridad que en la mayoría de los casos estas condiciones no se cumplen.

Pick y cols. (1988) indican que en cuanto a los conocimientos sobre la sexualidad, el embarazo, la anticoncepción y otros temas afines, existen grandes limitantes y dilemas para las adolescentes mexicanas. Sobresale un alto nivel de creencias erróneas entre las que destacan la de que una mujer no se puede embarazar la primera vez que tiene relaciones sexuales, ni si las tiene esporádicamente; que, en cambio, puede embarazarse por usar un baño público, y que los anticonceptivos ocasionan infertilidad y otras enfermedades.

Ehrenfeld (1992), señala que en apariencia, la mayoría de las adolescentes saben que existen métodos para no embarazarse, aunque este conocimiento es más común en las zonas urbanas, donde 93% de las jóvenes embarazadas conocían alguna forma de anticoncepción, en comparación con 72% de las adolescentes estudiadas en hospitales rurales. A pesar de ello, menos de la mitad de los jóvenes conoce el uso correcto de los anticonceptivos (Pick y cols., 1988) y más de 90% no utilizó método alguno en su primera relación sexual (Ehrenfeld, 1992).

Las principales razones por las que las adolescentes no usan anticonceptivos son: lo inesperado de la relación sexual (Atkin, Givaudan, 1989; Morris y cols., 1988; Valenzuela, Selman, Herold y Morris, 1989), y el deseo o miedo de un embarazo (Atkin y Givaudan, 1989). Además, más de la cuarta parte de las jóvenes declaró haber abandonado el primer método- el único en casi 90%- por haber experimentado "efectos colaterales" (Ehrenfeld, 1992; Zúñiga, 1991).

Considerando las presiones sociales, una chica que quiere usar algún método en forma regular, tendrá que estar muy segura de ello y tener la capacidad de planear a futuro (Pick, Atkin, Gribble, Andrade-Palos, 1991). Pero la adolescente típica "prefiere correr el riesgo de un embarazo que el riesgo de ser vista como muy interesada en las relaciones sexuales o de conocer demasiado sobre anticoncepción" (Atkin, 1989). Esta clase de conflicto también apareció en el trabajo cualitativo con jóvenes, realizado por Rodríguez y cols. (1992).

Usar algún método "implica planear la relación, cosa que entre las jovencitas y sus parejas resulta altamente condenable y las haría pertenecer al grupo de mujeres moralmente devaluadas, perdiendo gran parte de su valor frente al compañero". Y más aún, el deseo de informarse se contradice de manera directa con la idea de que a mayor conocimiento mayor posibilidad de acción y, por tanto, de experiencia. El hecho de que una muchacha sugiera la utilización del condón puede ser sinónimo de promiscuidad y desconfiabilidad. En grupos educativos con adolescentes embarazadas (Piñones y cols.1992), se observó de manera consistente que ver y tocar los métodos anticonceptivos les daba vergüenza y, en muchos casos, repugnancia.

EMBARAZO, NACIMIENTO Y SOCIEDAD.

En cuanto al embarazo y nacimiento relacionado con la sociedad, Atkin, Ehrenfeld y Pick, (1996), mencionan que dado que la participación numérica de las adolescentes en la población total es muy elevada, la proporción de nacimientos de madres de esa edad es muy alta. También se observa que se mantienen diferencias en las comparaciones entre el medio urbano y el rural: las adolescentes rurales aún tienden a tener mayor número de hijos.

El valor que la sociedad le asigna a la maternidad y los mensajes que transmite con respecto a ella tienen una gran influencia en el comportamiento. Al parecer, el papel de la madre es central dentro del funcionamiento social; si bien la mujer tiene aún un valor secundario comparado con el del varón, la maternidad le agrega valor social.

Una expresión de los cambios sociales que se observan hoy en día es la tendencia a posponer la edad del matrimonio y, en apariencia, el goce de una mayor liberalidad en los aspectos sexuales. Por lo tanto, es probable un aumento en el número de embarazos por fuera de una unión, sin que sea posible en este momento prever la respuesta social.

La disponibilidad de servicios obstétricos accesibles a las adolescentes embarazadas es un factor socialmente importante. Además, si bien existen esfuerzos diversos, sobre todo por parte de proyectos de investigación operativa para brindar servicios de atención integral al embarazo adolescente, aún no hay una red que sirva a toda la población de la región, con su diversidad cultural y regional. Se conoce mucho más sobre las adolescentes que acuden a control prenatal en los hospitales del Distrito Federal y las que dan a luz en ellos. De nuevo, falta información sobre subgrupos importantes pero difíciles de estudiar: las que no acuden a estos hospitales y las que se embarazan y dan a luz en zonas rurales y en otras ciudades del país.

EMBARAZO, NACIMIENTO Y ESCUELA.

La influencia de la escuela sobre el embarazo adolescente es primordial. Se sabe que la chica que continúa su embarazo tiene aspiraciones escolares menores que la que no se embaraza, aunque está sexualmente activa (Pick, Atkin, Gribble, Andrade-Palos, 1991); se sabe también que abandonó la escuela con más frecuencia, aún antes del embarazo (Pick, Atkin, Karchmer, 1988). Es posible que estas jóvenes tuvieran mayores dificultades académicas debido a problemas funcionales de aprendizaje, o que hayan estado expuestas a mayores conflictos sociales que impidieron su actividad escolar. La falta de motivación y las dificultades sociales también podrían ser parte del problema, así como la calidad de las escuelas.

EMBARAZO, NACIMIENTO Y PARES.

En el embarazo y nacimiento de las adolescentes y sus pares, vemos que existe una relación entre el embarazo adolescente y la presencia de amigas que son madres jóvenes. Podría ser que ello refleje la influencia común de factores socioculturales del medio ambiente, o que la cercanía de amigas embarazadas actuó como un modelo a seguir en jóvenes que aún no han gestado. En algunos casos, perciben en la experiencia de sus amigas o hermanas ciertos beneficios secundarios a corto plazo: mayor atención familiar, un cambio del estatus social. (Gordon, 1996).

EMBARAZO, NACIMIENTO Y FAMILIA.

Atkin y Pick (1989) han observado que existe relación entre el embarazo adolescente y las familias con un solo progenitor, que a menudo es una madre soltera, divorciada o viuda. Aún en los casos de padre presente, éste se percibe de manera negativa o distante.

El contexto familiar se asocia de diversas maneras: es más frecuente encontrar que la madre fué a su vez madre adolescente (Pick, Atkin, Karchmer, 1988). Esta circunstancia también hace mucho más probable que la joven se vuelva a embarazar en un intervalo intergenésico corto (Atkin, Alatorre, 1992).

Atkin y Alatorre (1991) estudiaron en México la respuesta familiar ante el embarazo y mencionan que parece ser menos desfavorable de lo que podría haberse anticipado. Entre adolescentes solteras que se embarazaron, casi todas recibieron apoyo instrumental de sus familias en forma de vivienda y alimento. El 70.9% y 57.5%, respectivamente percibían como favorable o muy favorable el apoyo emocional que sus progenitores les brindaron durante el tercer trimestre del embarazo. Al tomar en cuenta el apoyo conjunto de la madre y el padre, ninguna adolescente lo calificó en la categoría de una relación negativa por completo; 18% percibía el apoyo como pobre o mixto, mientras 39% lo consideraba positivo y 43% como muy positivo.

En otro estudio de adolescentes embarazadas Ehrenfeld, (1992), observó que el 100% de las mujeres no unidas vivía con algún familiar; sólo entre 35% y 47% de las jóvenes unidas o casadas vivía en pareja en forma independiente de sus familiares.

Atkin y Alatorre, (1991), también estudiaron los factores asociados con la calidad del apoyo familiar durante el embarazo de las adolescentes urbanas solteras. El factor más importante fue la calidad de la relación intrafamiliar previa. Las familias que ya eran disfuncionales antes del embarazo no brindaron un apoyo positivo durante el mismo.

EMBARAZO, NACIMIENTO Y EL ADOLESCENTE.

Embarazo y nacimiento y su relación con el joven adolescente: Atkin y Givaudan, (1989) y Ehrenfeld, (1991), mencionan que los compañeros de las adolescentes en general también son adolescentes y jóvenes -dos o tres años mayores que las chicas -. Buena parte de ellos trabajaba desde el embarazo y un menor número seguía estudiando. En cuanto a la relación de pareja es importante distinguir entre las parejas unidas - legal o consensualmente-, antes del embarazo en estudios de CORA, que incluyen ambas situaciones, se observa que en el momento del parto, más de la mitad de las jóvenes estaba en pareja. Aún entre las que están solteras al embarazarse, todavía es común que la pareja inicie la cohabitación durante o después del embarazo.

Las adolescentes que continúan su embarazo tienen una percepción más positiva de su compañero que aquellas sexualmente activas que no se embarazaron (Pick, Atkin, Gribble, Andrade-Palos, 1991). De hecho, entre las que no abortaron, 87% afirmaba que su relación de pareja era positiva (Atkin, Givaudan, 1989). Asimismo, es consistente encontrar que las adolescentes embarazadas afirman que su compañero sexual fue su novio o esposo y que sólo han tenido una pareja sexual, (Pick y Atkin, Karchmer, 1988; Atkin y Givaudan, 1989).

La respuesta del compañero ante el embarazo y los factores que la determinan son muy reveladores para entender el contexto de esta situación en México. Atkin y Alatorre (1991) encontraron que entre un grupo de adolescentes solteras embarazadas, la respuesta del compañero durante el embarazo fue positiva o muy positiva en 70% de los casos; 57% de las parejas había iniciado una unión - de éstas, 54% era legal y 46% consensual -. Aún en las que permanecieron solteras, 48% continuaba una relación con el padre (Skala, Atkin, Valdés Blásquez y Garfias Fernandez-McGregor, 1990). Los mejores predictores de la calidad del apoyo proporcionado por el compañero - según su pareja -, fueron el nivel socioeconómico de la familia de origen de la joven, la calidad de la relación que el compañero tenía antes del embarazo con sus futuros suegros, y la calidad de la relación de pareja desde antes del embarazo. Estos resultados muestran que el compañero que responde en sentido favorable es el novio que tenía una buena relación con ella y su familia previa al embarazo y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable (Atkin y Alatorre, 1991).

Ibañez (1984) menciona que en ocasiones 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 más estables que los matrimonios planeados y, a menudo, terminan en divorcio. Por otro lado, mientras menor es la madre al nacer su primer hijo, existe mayor probabilidad de que el primer matrimonio se disuelva, pues los matrimonios asociados con nacimientos adolescentes tienen altos porcentajes de disolución

Es importante recordar también que, en algunos casos, la relación de pareja termina debido al embarazo. Las adolescentes solteras sin relación de pareja, habían tenido una calidad de relación peor antes del embarazo, se llevaban mal con la suegra y tenían mayores expectativas escolares. Por lo tanto, parece ser que la joven embarazada que permanece soltera evita una unión con mal pronóstico y es posible que se mantenga soltera para continuar sus estudios (Skala y cols. 1990).

EMBARAZO, NACIMIENTO Y LA ADOLESCENTE.

En cuanto al embarazo y nacimiento en relación con la adolescente embarazada, se ha visto que en México los datos sobre las características personales de las adolescentes embarazadas dan una imagen bastante consistente. Pick, Atkin, Gribble, Andrade-Palos, (1991), mencionan que son personas con menores aspiraciones escolares, menor orientación hacia el futuro y menos información sobre anticonceptivos que las adolescentes sexualmente activas que no se han embarazado. Pick, Atkin y Karchmer (1988), al respecto dicen que en comparación con las no embarazadas, es más frecuente que, aún antes de la gestación, ya hubieran abandonado la escuela y se dedicaran al hogar. Algunos informes de programas educativos con adolescentes embarazadas en la ciudad de México de Corona y cols., (1988), afirman también que la mayoría no estudiaba ni trabajaba antes.

En otra investigación hecha en México (Ehrenfeld, 1991), se ha encontrado que la escolaridad promedio de las adolescentes que ya habían tenido un hijo o estaban embarazadas es de 7.2 años. La proporción que continúa estudiando durante el curso de su embarazo es de 4.2%. Tanto las embarazadas como las que ya habían tenido su hijo manifestaron que no pensaban seguir estudiando.

Existen datos importantes por parte del The Alan Guttmacher Institute (1996), donde señalan que la educación ayuda a retrasar la maternidad. Dos o tres veces más mujeres jóvenes que han recibido por lo menos 7 años de educación prefieren posponer la maternidad hasta después de los 20 años, que aquellas con menor escolaridad.

En Colombia, 46% de mujeres jóvenes con menos de 7 años de escolaridad tuvieron a su hijo a los 20 años, en comparación con el 19% entre las que tuvieron una mejor educación. En Egipto, 51% de las mujeres con menor educación tuvieron su primer hijo antes de los 20 años, comparado con el 9% entre las mujeres con mayor escolaridad. En los EEUU, el 58% de las mujeres que no completaron los 12 años de escolaridad dieron a luz a los 20 años, en comparación con el 13% de mujeres jóvenes que cuentan con 12 años de educación, por lo menos. En Francia el 28% de las mujeres con menor educación tuvieron a su hijo a los 20 años, comparado con el 3% de las jóvenes con una escolaridad superior a los 7 años. Entre los países de América Latina y el Caribe, México tiene el mayor incremento, durante los últimos 20 años, en la proporción de mujeres jóvenes que han alcanzado 7 años o más de escolaridad; 62% de las mujeres entre 15 y 19 años alcanzaron este nivel de escolaridad, en comparación con el 17% registrado entre las mujeres de 40 a 44 años. El 18% de las jóvenes entre 20 y 24 años que cuentan con 7 años o más de escolaridad tuvo a su primer hijo antes de los 20, en comparación con el 55% de mujeres en el mismo rango de edad que cuentan con una menor educación.

Estévez y Atkin (1990) mencionan que las adolescentes urbanas mexicanas que habían abandonado la escuela antes del embarazo estaban en mayor desventaja, aún antes del embarazo, frente a las que habían dejado de estudiar durante el embarazo o continuaban sus estudios durante el tercer trimestre. Provenían de familias más pobres, con menores expectativas académicas y laborales, menor autoestima y asertividad, menor comunicación con la madre; no obstante aceptaban el embarazo con mayor facilidad.

Los mismos autores mencionan que una minoría de los casos estudiados en la ciudad de México continuó en la escuela durante la gestación. Este grupo también es excepcional: tiene mayores aspiraciones escolares, asertividad y autoestima, niveles más altos de escolaridad entre sus compañeros y sus madres, y es relativamente más optimista ante el futuro.

Ibañez (1984) estudió las características de personalidad de las adolescentes que se embarazan encontrándose: rasgos de pasividad, baja autoestima, dependencia, privación emocional, necesidad de cercanía y ternura, negación, impulsividad, sentimientos de impotencia, hogares rotos, ausencia de figura paterna, y que muchas de ellas fueron concebidas, a su vez, fuera del matrimonio.

EMBARAZO, NACIMIENTO Y LOS HIJOS.

En la etapa del embarazo corresponde también considerar los efectos sobre el hijo por nacer. Como es natural, las complicaciones perinatales representan un impacto para el adolescente. Se han reportado mayores complicaciones en el parto, menor peso al nacer y partos prematuros, en especial cuando la madre es menor de 15 años. Sin embargo, estas complicaciones parecen disminuir cuando se brinda una atención prenatal oportuna y adecuada.

Los datos que existen en México sugieren que cuando se presenta atención prenatal disminuye el riesgo de que se presenten las complicaciones prenatales asociadas a la maternidad temprana. Sin embargo, las mujeres más jóvenes - de 14 años o menos -, aún recibiendo atención prenatal presentan una elevada tasa de complicaciones en el embarazo y el parto (Pérez, Segura y Torres, 1988), la mortalidad infantil es mayor cuando la madre adolescente tiene embarazos repetidos con intervalos intergenésicos cortos (Bobadilla, Schlaepfer y Alagón, 1990).

Ehrenfeld (1991) observó que según los datos obtenidos de México, no se puede precisar si las adolescentes acuden en forma tardía a consulta. Existe cierta confusión porque suele tomarse en cuenta la edad gestacional cuando se presentan a consulta en el hospital donde van a dar a luz.

Pero el hecho es que no necesariamente es en los hospitales donde se realiza la primera consulta prenatal. Así, en un hospital público urbano de segundo nivel, como el Manuel Gea González, 83.9% de las jóvenes tuvo atención prenatal al momento del contacto y 56.7% tuvo la primera revisión en un Centro de Salud. En los hospitales rurales la proporción es aún más alta (90.8%); el porcentaje de adolescentes que acudió por primera vez a un centro de salud fué de 31.5%; 34.3% la tuvo en el mismo hospital en que se atendió el parto. En una proporción importante, la primera revisión prenatal ocurre en un consultorio particular -casi 17% en el hospital urbano y 25% en el hospital rural-. Por otra parte, las jóvenes urbanas cursaban un embarazo de 4.1 meses de gestación en su primera revisión prenatal, y las del hospital rural se presentaban con 3.5 meses de gestación, lo cual podría indicar que el valor asociado con el embarazo en el ambiente rural es diferente al urbano. En ambos casos, sin embargo, se puede considerar que estas jóvenes acuden a control en las primeras etapas de su embarazo.

El embarazo en los adolescentes es un componente importante de la salud reproductiva, que ha sido abordada y continúa siendo objeto de múltiples investigaciones con base en argumentos de diversa índole, Riburcio y cols. (1995), entre los que pueden citarse, el incremento de riesgos en la salud materno-infantil, limitantes en el desarrollo personal y social de este grupo, además del impacto económico y demográfico que representa para la sociedad la formación precoz de familias.

Desde el punto de vista médico, los mismos autores afirman que el embarazo en la adolescente representa importantes riesgos en la salud, con incremento para las menores de 15 años, quienes presentan con mayor frecuencia complicaciones médicas y quirúrgicas por falta de maduración del sistema reproductivo y tienen también, más frecuentemente productos prematuros y/o con retraso en el crecimiento intrauterino.

BIBLIOGRAFIA.

The Alan Guttmacher Institute (1996). Risk and Realities of Early Childbearing worldwide. New York.

Annis L. (1982). El niño antes del nacimiento. Barcelona: Paidós.

Atkin L.C. (1989). El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: Causas y Consecuencias Psicosociales. Memoria de la Conferencia Internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe. Oaxaca, México. Noviembre.

Atkin L.C., Alatorre J. (1992). Pregnant again ? : Psychosocial predictors of repeat pregnancy among mexican adolescence. Journal of Adolescent Health. 13 700-706.

Atkin L.C., Pick S. (1989). Antecedentes Psicosociales del Embarazo en Adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana.

Avila R.M. y Pérez V.M. (1994). Estimulación afectiva en la relación madre-hijo en el período de lactancia. Tesis de licenciatura. ENEP-Iztacala, UNAM.

Bobadilla Fernández J.L., Schlaepfer Pedrazzini F., Alagon J. (1990). Patrones de Reproducción y mortalidad en la infancia. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Consejo Nacional de Población, CONAPO (1988). Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior. Avances de Investigación. México.

CORA (1989). Perfil de las adolescentes embarazadas menores de 18 años del Hospital de la Mujer. Informe preliminar. Octubre.

Corona E., Gribble J., Eherenfeld N., Benso J., Townsend J. (1988). A study to evaluate the quality of care in comprehensive model of service delivery to adolescent mothers in a México City hospital. Final Technical Report. Asociación Mexicana de Educación Sexual. Marzo.

Ehrenfeld N. (1991). Análisis de los datos de la investigación "atención a la embarazada adolescente". Hospital General Manuel Gea González y UAM-Iztapalapa. México.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (1992). México.

Estevez, P., Atkin L.C. (1990). El significado del abandono escolar para la adolescente embarazada. La Psicología Social en México. 3 87-90.

Giraldo Neira O. (1986). El Psicólogo como Sexólogo en Colombia: su formación y problemas en el ejercicio profesional. Revista Mexicana de Sexología 1 (1) 97-111.

- Gordon C. (1996). Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. Adolescence. 31, 123. Estados Unidos: Libra Publishers.
- Hofmann A.D. (1984). Contraception in Adolescents: a Review 1: Psychosocial aspects. Bulletin of the World Health Organization. 62, 151-162.
- Ibañez B. (1984), Factores Psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista Mexicana de Psicología. 1, 1, 72-78. Ene-Jun.
- INEGI (1996). Conte 95 de población y vivienda. Tabulados básicos. Tomo 1 Veracruz. México.
- Krauskopf D. (1989). Fecundidad Adolescente, efectos individuales y determinantes cercanos: estudios de casos. Efectos demográficos de grandes proyectos de desarrollo. CELADE/CEDEM, Costa Rica.
- Langer A. y Tolbert K. (1996). Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México. México: EDAMEX.
- Macy C. y Falkner F. (1980). Embarazo y nacimiento. México: Tierra Firme.
- Martín A. (1978). Embarazo, parto y recién nacido. Barcelona: Plaza y Janès.
- Morris L., Nuñez L., Monroy A., Bailey P., Cárdenas C., Whatley A. (1988), Sexual Experience and Contraceptive use among young adults in México City, International Family Planning Perspectives. 14, 4, 142-146. Diciembre.
- Nuñez L., Morís L., Baile P., Monroy A., Cárdenas C., Whatley A. Resumen de resultados: encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes. III Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México.
- Pathfinder Documentos. (1995). Indicadores Básicos sobre Planificación Familiar. 1a. edición, México.
- Pérez Segura J., Torres A. (1988). Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescente. En: Atkin, L.C., Arcelus, M., Fernández-MacGregor, A., Tolbert, K., La Psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología. México.
- Pernolid L. (1990). Espero un hijo. Buenos Aires: Vergara.
- Pick S., Andrade-Palos P., Díaz Loving R. (1988). Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años, que han tenido y no han tenido su debut sexual. La Psicología Social en México. 2, 322-327. Asociación Mexicana de Psicología Social. México.

- Pick S., Andrade-Palos P., Townsend J. (1990). Planning your life: Development and Testing of a Family life education program for young adults. Final Technical Report, the population Council.
- Pick S., Atkin L.C., Gribble J., Andrade-Palos P. (1991). Sex contraception and pregnancy among adolescent in Mexico City. Studies in Family Planning. 22,2,74-82. Marzo-Abril.
- Pick S., Atkin L.C., Karchmer S. (1988), "Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general?. En: Atkin. ,L.C., Arcelus, M., Fernández-MacGregor, A., Tolbert, K. La Psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología, México.
- Pick S., Díaz Loving R., Andrade-Palos P., Atkin L. (1988), Adolescentes en la Ciudad de México: Estudios Psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazos no deseados. Reporte presentado a la Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Pick S., Díaz Loving R., Rivera Aragón S., Flores Galaz M., Andrade-Palos P. (1987), ¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México?. Revista de Psicología Social y Personalidad. 1,1-15.
- Pick S., Vargas-Trujillo E. (1990), Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 8,11-41.
- Piñones P., Aldana E., Estevez P., Atkin L.C. (1992). Un programa educativo con metodología participativa para adolescentes embarazadas. III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Mor., Enero.
- Rodríguez G. (1996). Embarazo en Adolescentes. Hablemos de Sexualidad: lecturas. CONAPO y MEXFAM.
- Rodríguez G., Rivas M., Amuchástegui A. (1992). Mitos sobre la Sexualidad y el Sida en población adolescente de la comunidad de Santa Fé. Informe Técnico. México.
- Skala E., Atkin L.C., Valdés Blasquez A.M., Garfias Fernández-MacGregor A. (1990). La adolescente embarazada y su relación de pareja. La Psicología Social en México. 3,82-86. Asociación Mexicana de Psicología Social. México.
- Sosa D. (1987). The Costa Rican Fertility and Health Survey, 1986. Atlanta Georgia, Costa Rican Demographic Association, Division of Reproductive Health, Center for Disease Control.
- Stycos J. Mayone (1989), Does education corrupt?, The case of Costa Rica, 1989. Working paper series. 1, 19. Population and Development Program, Cornell University.

Sumano-Avendaño E., Chartt-León R.M., Angeles Reyes M.C. (1984). Observaciones de una Clínica Piloto de orientación sexual y vida familiar para adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 41, 1, 483-488. México.

Tiburcio T., Avila-Rosas H., Quintos-Cardoso R.C. y García-Cardona M. (1995). Embarazos en la adolescencia: influencias de algunos atributos sociales. Perinatología y Reproducción Humana. 9, 1. México.

Tolbert K. (1988). La adolescente embarazada: características y riesgos psicosociales. En: Atink, L.C., Arcelus, M., Fernández MacGregor, A., Tolbert, K., La Psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología, México

Valenzuela M., Selman R., Herold J., Morris L. (1989). Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes: Gran Santiago 1988. Informe preliminar, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, División de Ciencias Médicas Occidente, Departamento de Salud Pública.

Welti C. (1987). La fecundidad temprana. DEMOS, No. 2, UNAM, México.

Welti C. (1995). Fecundidad Adolescente. DEMOS, No. 8, UNAM, México.

CAPITULO III

DEPRESION

Lars (1982) dice que en el lenguaje cotidiano nos referimos a la depresión de muchas formas distintas y decimos que nos sentimos melancólicos, abatidos, hartos, deprimidos, tristes, o apáticos. El empleo de diferentes términos tampoco es el único problema, pues la misma palabra puede tener connotaciones distintas. Una persona dice que está deprimida durante unas horas porque ha tenido un mal día en el trabajo; para otras, la depresión se refiere exclusivamente a un serio trastorno (un defecto bioquímico o hereditario), que ha reducido al sujeto a un estado duradero de pasividad. Hay mayor acuerdo acerca del modo en que se manifiesta la depresión, es decir, es un estado de desánimo que dura al menos varios días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo sus actividades cotidianas normales.

Este autor menciona que el sujeto, para ser clasificado como una persona deprimida, tenía que haberse sentido realmente desanimado tanto así que le pareciera difícil salir adelante con su vida diaria, y este estado debería durar por lo menos 14 días.

Por otro lado, Noyes y Kolb (1985), definen a la depresión como un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde el abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo. La depresión es un término que describe el estado de ánimo caracterizado por tristeza y/o melancolía, además que no permite a la persona ser productiva, en el sentido de no poder realizar sus actividades cotidianas.

Con el objeto de comprender mejor a la depresión, se abordarán diversos enfoques de la misma:

ENFOQUE MEDICO.

Los partidarios del enfoque médico emplean dos conceptos distintos al referirse a la depresión: la primera es la causa de la depresión debe buscarse en los factores externos o internos (bioquímicos); la otra es si el paciente reacciona positivamente o no al tratamiento antidepresivo (fármacos o terapia electroconvulsiva).

Lars (1982) plantea que los partidarios de una explicación bioquímica por lo general aluden a lo que se conoce como la hipótesis de las catecolaminas. En la transferencia de impulsos nerviosos, de una célula nerviosa a otra, las sustancias neurotransmisoras actúan como un auxilio necesario. Algunas de estas sustancias transmisoras, las catecolaminas, dopamina, noradrenalina, adrenalina, y serotonina, están densamente concentradas en el tallo cerebral y ahora se afirma con alguna certeza que ahí actúan como sustancias transmisoras. También se ha encontrado que un recuento bajo de catecolaminas se interrelaciona con un estado depresivo. Además, la reserpina, que reduce el nivel de catecolaminas, provoca síntomas depresivos. Los agentes antidepresivos intervienen en este proceso y aceleran el restablecimiento de las aminas a las células nerviosas.

Los cambios en las sustancias neurotransmisoras también pueden ser el resultado de un largo período de tensión o de un suceso profundamente traumático.

Asimismo Lars, menciona que el diagnóstico de la depresión endógena y exógena se basa principalmente en: a) si hay depresión en la familia; b) el grado de depresión (grave/ligera); c) reacciones motoras (inhibida/normales); d) reacción a agentes antidepresivos, y e) si están presentes algunos factores desencadenantes. Sobre todo con base en estos factores se llega a conclusiones acerca de las causas del comportamiento depresivo, es decir, si la causa es interna (bioquímica), o externa (psicosocial). Además entre estos factores, el posible enlace entre la depresión y algún objeto específico (factor precipitante), por lo general desempeña el papel más importante al determinar el diagnóstico.

Entre los partidarios de la opinión médica de la depresión, recientemente ha sido más marcada una tendencia a poner interés en el tratamiento, en lugar de concentrarse en las posibles causas. Se hace una distinción entre la depresión primaria, la depresión secundaria y el abatimiento normal. Las personas que padecen una depresión primaria por lo general reaccionan de manera positiva a los agentes antidepresivos. Aquellos que sufren una depresión secundaria, que a menudo ha estado precedida por una enfermedad psiquiátrica no afectiva, tal como la esquizofrenia, pueden encontrar, que sus problemas se agravan con tales auxiliares psicofarmacéuticos. En los casos de abatimiento "normal", los agentes antidepresivos no surten ningún efecto en particular. (Akiskal y McKinney, en Lars, 1982).

Zung (1965), elaboró una escala de medición de depresión y habla de ciertos síntomas que caracterizan a la depresión primaria como: alteración de ánimo, que se caracteriza por sentimientos penetrantes y quejas constantes de estar deprimido, triste, descorazonado y temeroso. Dentro de los síntomas fisiológicos se incluyen variación diurna, alteraciones en el sueño, en el apetito, disminución de la energía (fatiga), taquicardia y estreñimiento. Y algunas de las alteraciones psicológicas son: confusión, desesperanza, indecisión, irritabilidad, descontento, devaluación personal y reflexión suicida.

ENFOQUE PSICODINAMICO.

En cuanto a las teorías psicodinámicas Freud (1917), asocia a la depresión con la agresión, ya que lo ve como un estado en que el sujeto vuelve la agresión hacia dentro o sobre sí mismo, en lugar de hacerlo sobre la persona que es en realidad el objeto de sus sentimientos agresivos. Esto es, en lugar de que el individuo concientice y externe de alguna manera esos sentimientos agresivos, los vuelva hacia sí, provocándole ciertas consecuencias emocionales como indiferencia hacia sus actividades, inseguridad, percepción negativa de su persona tanto psicológica como físicamente, y consecuencias físicas como un ritmo respiratorio bajo, por el decremento general de energía.

Por otro lado, Freud distingue dos conceptos: la melancolía, que se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones fisiológicas y disminución del amor propio. En ella, la persona se encuentra inhibida, como consecuencia de la labor interna de pérdida, experimentando un empobrecimiento del yo, ya que al perder el objeto, el sujeto experimenta la pérdida de su propio yo. El otro concepto: la depresión la define como el duelo, la reacción a la pérdida de un ser amado, o de una abstracción equivalente; con esto se refiere a la pérdida real y física como puede ser la muerte o la pérdida emocional.

Freud, habla de la diferencia entre aflicción (dolor) y la depresión (melancolía). En la aflicción hay una pérdida real del objeto y en consecuencia una sensación de que el mundo es pobre y vacío, pero no hay disminución de la autoestima, no hay autoacusación. En la depresión melancólica, por lo general hay una pérdida emocional del objeto, debida a la decepción o a factores relacionados.

Jacobson, citado por Lars, (1982), por su parte amplía el concepto de la aflicción para incluir la tristeza. En la aflicción nuestros pensamientos vuelven a experiencias anteriores positivas y sentimos un deseo intenso de presenciar el regreso del objeto perdido, pero no es esto lo que sucede en una depresión; en su opinión, la tristeza no tiene relación con ninguna agresión hacia el mundo externo, ni hacia nosotros mismos. Esto último es la característica distintiva de la depresión: la alteración del ánimo surge de la discrepancia entre las representaciones del yo y el ideal del ego (super-ego) o la imagen anhelante del yo. De este modo, el origen principal del trastorno es interior: Un desequilibrio entre los impulsos agresivos y los impulsos de la libido (amor por uno mismo y hasta cierto punto amor por el objeto). La solución está en tener consciencia de nuestros propios ideales del ego, pero desafortunadamente éstos con frecuencia son inconscientes.

Noyes y Kolb (1961) coinciden con los anteriores autores ya que nos hablan de que la depresión tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales, se mencionan sentimientos ambivalentes principalmente agresivos hacia personas significativas, y de esos impulsos hostiles que anteriormente se dirigían contra otras personas llegan a dirigirse contra el propio yo del individuo. Este deterioro del centro del ego, se puede asociar con un deterioro también de la autoestima, relacionada íntimamente con la depresión.

ENFOQUE CONDUCTISTA.

Existen dos formas principales de considerar la depresión en términos de la teoría del aprendizaje. De acuerdo con una de ellas representada por Lewinsohn y MacPhillamy, 1974; Ferster, 1973; Akiskal y McKinney, 1975; Ullman y Krasner, 1969, citados por Lars (1982), La depresión se ve como el resultado de un acceso limitado a acciones que proporcionan un refuerzo positivo (recompensa), quizá porque el individuo es incapaz de llevar a cabo una acción que le brinde recompensas. Entonces se desencadena la depresión, por la pérdida del refuerzo positivo o por la experiencia del castigo (refuerzo negativo), o por ambas cosas. Algunos partidarios de esta escuela también sugieren argumentos socio-psicológicos. En este orden de ideas, Ullman y Krasner, en Lars (1982), señalan que nuestra sociedad tiene pocos papeles sancionados que ofrecer a aquellos para quienes la vida carece de significado; los mismos autores mencionan, además, el riesgo de que el papel depresivo se vuelva crónico en quienes no encuentran acciones y objetos alternativos y su comportamiento anterior ya no les proporciona un refuerzo positivo. La conclusión de este argumento parece ser que es más probable que se deprima una persona que cuenta con un repertorio limitado de comportamiento al que puede volverse en una diversidad de situaciones, si ya no puede obtener un refuerzo positivo de su tipo particular de comportamiento.

Martin Seligman, citado por Lars (1982), ve a la depresión como el resultado de una pérdida de control sobre los medios de obtener un refuerzo positivo o negativo. Seligman llama a este estado desamparo aprendido; sin embargo, admite que el desamparo aprendido sólo corresponde a lo que se conoce como depresión reactiva, y aún entonces se aplica principalmente a casos en los que el sujeto carece de iniciativa, tiene una sensación de impotencia y sustenta una opinión desalentadora del futuro. A pesar de esta limitación, el concepto de desamparo aprendido se ajusta a una gran proporción de los deprimidos. Significa que la gente ve el triunfo y el fracaso fuera de su control y sin relación con sus propias acciones. La expectativa de la falta de control es decisiva para el desarrollo del desamparo aprendido. Seligman dice que es más probable que la gente a quien se negó la oportunidad de controlar su propio medio en los primeros años reaccione con desamparo aprendido en su vida adulta.

Paul Blaney, en Lars (1982), encuentra que ninguna de las teorías anteriores proporciona un apoyo empírico adecuado. Este autor, duda acerca de si podemos distinguir entre el ritmo o cantidad del refuerzo y el control sobre el refuerzo como factores decisivos.

Akiskal y McKinney (1975), citados anteriormente combinan la opinión conductista con un modelo bioquímico. Su hipótesis es que el desamparo, junto a una reducción de ciertas sustancias neurotransmisoras, da como resultado el deterioro de los substratos neurofisiológicos de refuerzo. Este deterioro entonces se manifiesta como depresión.

Forrest y Hokanson, en Lars (1982), afirman que los deprimidos buscan controlar la aversión y las amenazas de otras personas con su comportamiento de autocastigo. Les parece más fácil volver su agresión hacia ellos mismos que orientarla hacia otras personas.

Coyne, citado por Lars (1982), menciona que cuando un individuo está expuesto a la tensión necesita mucho apoyo y confirmación de otras personas, pero su persistencia en última instancia puede volverse adversa a la misma gente cuya ayuda ansía; al estar consciente de la incomodidad de ellos, intensifica su angustia, lo que a su vez aumentará la aversión de quienes lo rodean. Su modo de expresión despierta culpabilidad en otras personas pero los inhibe de expresar el enojo que sienten. El sujeto deprimido a menudo despierta agresión en otros de esta forma, puesto que es incapaz de beneficiarse del apoyo que la gente le brinda, no puede despertar su empatía sin provocar aversión al mismo tiempo.

La depresión tiene gran relación con amenazas a la autoestima, así, cuando la autoestima está reducida, al individuo le resultará difícil actuar y se volverá pasivo; por lo tanto, una persona que tiene autoestima fuerte y estable no caerá tan fácilmente en estados depresivos.

ADOLESCENCIA Y DEPRESION.

La mayoría de los investigadores han considerado que la adolescencia es una etapa difícil puesto que es la fase en la que el sujeto confirma quién se va a permitir ser, (encontrándose inmersos en los procesos de socialización que se presentan al individuo a lo largo de toda la vida), cambios que implican procesos biológicos y psicológicos, casi siempre simultáneos.

Kolb (1989), dice que la depresión en los adolescentes se produce como reacción ante la privación, la pérdida de una liga afectiva, y lo más frecuente es que se deba a relaciones familiares adversas; los adolescentes que la sufren, tienen aspecto triste o infeliz y suelen aislarse socialmente, y si se les pregunta hablan de que nadie los quiere ni los ama. Con gran frecuencia los chicos deprimidos tienen un concepto negativo de sí mismos. Los padres de los adolescentes deprimidos también tienen dificultades de la personalidad, que se expresan en explosiones de ira, berrinches o crítica, así como grados variantes de distanciamiento emocional de sus hijos. En estas familias es común la depresión en uno de los padres; los golpes excesivos se utilizan como una forma de castigo, y algunas madres emplean medidas punitivas cuando destetan al niño, o lo adiestran para que controle sus esfínteres. El divorcio; la separación; la ausencia de los padres durante meses en los cuales el niño está al cuidado de sustitutos indiferentes; la muerte del progenitor importante; del sustituto parental importante; o la suspensión repentina del interés que un padre ha puesto en su hijo; son frecuentes en las familias donde crece el adolescente deprimido.

Los jóvenes durante la adolescencia tienden a comportarse de tal forma que a las personas adultas no les convence, por lo que son motivo de prejuicios negativos, rechazo y marginación agravado por su mundo interno lleno de ideas distintas a las marcadas socialmente, llevándolo a ser un individuo solitario, llegando a manifestar, en ocasiones, síntomas depresivos.

Por otro lado, Nolen-Hoeksema (1990) afirma que la depresión es un problema para la minoría de los adolescentes. Kandel y Davies, citados por Guevara (1992), encontraron una estrecha relación entre la depresión en un grupo de adolescentes de 14 años y grados de depresión de los mismos sujetos 9 años después, este encuentro indica que la depresión, cuando sucede durante la adolescencia no pasa en corto tiempo.

La satisfacción con el propio cuerpo está más directamente relacionada con la autoestima de las mujeres que de los hombres y es probable que esto tenga que ver con la depresión en mujeres que están en la adolescencia temprana. En una revisión que hizo Mc Carthy (1980), acerca de la imagen ideal del cuerpo femenino y diferencias sexuales relacionadas con la depresión, encontró que las culturas que idealizan la imagen de la mujer sumamente delgada tienen problemas alimenticios y grados más altos de depresión en las mujeres que en los hombres.

Estudios de Noyes y Kolb (1985), sugieren que las mujeres que experimentaron un período de depresión en la adolescencia temprana tienen riesgo y tendencia a la depresión después. También encontraron que las jovencitas que actuaban con mayor firmeza y seguridad, y que eran más inteligentes, al ser consideradas por la sociedad como violadoras de su rol femenino eran rechazadas y esto estaba muy relacionado con los riesgos para la depresión.

Zuckermann y Amaro (1987) mencionaron que las áreas con mayores cambios provocadores de depresión son:

a) Factores hormonales: Cambio de la niñez a la adolescencia, (cambios hormonales de tipo bioquímico, en ambos sexos), ocasionando desconcierto en el individuo.

b) Factores cognitivos: Dentro de éstos la depresión se presenta cuando el individuo se siente desaprobado por el grupo de amigos, la familia o la sociedad. Aunado a que la mujer en algunos casos y recientemente en un índice mayor, siente rechazo a causa del embarazo puesto que se producen cambios hormonales y desaprobación social.

c) Factores sociales: Las expectativas que tiene la familia, amigos y educadores respecto al adolescente, produciéndole a éste un nivel de estrés, por lo tanto cierto grado de depresión. Esta depresión se presenta con mayor frecuencia en hombres (sobre todo en aquellas sociedades en las que se piensa que la mujer nació exclusivamente para estar en el hogar, y a la que no se le formulan tantas demandas como al hombre adolescente).

La depresión se manifiesta de acuerdo a la sociedad en que se vive, nivel de desarrollo, cultura, posición económica y nivel escolar. Algunos de los adolescentes deprimidos se muestran presionados por la sociedad, por una posición incierta entre su realidad y con cambios en las relaciones interpersonales (causadas por el nivel de estructura urbana).

Berman (1984), considera que la depresión en la adolescencia se puede presentar de cuatro formas: 1) depresión reactiva transitoria, 2) depresión psiconeurótica, 3) depresión reactiva y 4) depresión enmascarada, encontrándose ocasionalmente la depresión endógena.

Las principales características en adolescentes depresivos son: disminución de autoestima, desaliento y desesperación. En caso de ser depresión enmascarada, son: conducta sexual sádica, masoquista o perversa, delincuencia, uso de drogas e intento de suicidio entre otras.

El grado, la temporalidad y la repetición de la depresión en la adolescencia, depende del tipo de personalidad que posea, del apoyo, comprensión y guía que reciba de su familia principalmente.

DEPRESION EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS

El embarazo, especialmente el primero, puede considerarse como una etapa de crisis que a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alterarán su estilo de vida.

En cuanto a las mujeres que se inician en la maternidad en la adolescencia, se puede afirmar que es de gran relevancia la calidad del apoyo que ella recibe en particular de la familia de origen y de su pareja. Se ha visto que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión, especialmente durante el embarazo y el comienzo de la adaptación como madre (Duarte 1988; Fernández-Mac Gregor, Arcelus de Diego, Atkin y Pineda, 1988). El hecho de iniciar o no una relación conyugal a raíz del embarazo es otro factor importante, debido a que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener apoyo y aprobación de la sociedad, ya que el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado.

En un estudio de Barnett, Duggan, Wilson, Repke (1996), se encontró que los síntomas depresivos son comunes entre adolescentes embarazadas en el tercer trimestre y en el 2o. y 4o. mes, después del parto. Asimismo identificaron a estas adolescentes con alto estrés y conflicto y bajos niveles de apoyo. Los resultados reportaron que el 87% de las adolescentes recibieron apoyo de su madre y 77% del padre del niño, durante el tercer trimestre del embarazo y hasta el cuarto mes después del parto; más de la mitad de las adolescentes mencionaron este apoyo como positivo. Estos autores encontraron una prevalencia general de síntomas depresivos en el tercer trimestre de embarazo y estos declinaron hacia los cuatro meses después del parto.

Un reciente estudio de Horwitz, Klerman, Kuo, Jekel (1991), de seguimiento a largo término de adolescentes nacidos de madre adolescente, con una historia de depresión, encontraron que los rangos de depresión entre estos adolescentes eran elevados y sus probabilidades de convertirse en padres adolescentes eran altas; sugiriendo que la depresión en si puede ser un factor de riesgo para el embarazo adolescente.

En el estudio de Barnett, se encontró que los niveles de estrés en las adolescentes, estaban altos, incrementados desde el período prenatal hasta los 4 meses después del parto, y estaban positivamente asociados con síntomas de depresión.

A pesar de la problemática que representa un embarazo para la adolescente soltera, las jóvenes estudiadas (Aldana y Atkin, 1990 citado en Faure, 1993), manifestaron niveles bajos o moderados de depresión, no llegando a puntajes suficientemente altos para ameritar un diagnóstico de depresión severa. Esto pudiera reflejar, lo que se ha observado en los datos cualitativos obtenidos con adolescentes similares que suelen idealizar su situación durante el embarazo negando la problemática en la que se encuentran (Fernández MacGregor; Arcelus de Diego; Atkin y Pineda, 1988). Fue más importante para el estado anímico de la adolescente, el apoyo de su familia que los apoyos provenientes de otras fuentes como el compañero y la familia del mismo. Esto probablemente se deba al arraigo cultural de la dependencia familiar en México, así como al hecho de que todas las adolescentes en el estudio se embarazan estando aún en el seno familiar. El conjunto de predictores significativos, sugiere que las adolescentes más deprimidas pudieran ser aquellas que se sienten culpables de la problemática familiar, y que perciben menos conformidad en sus familiares con quienes conviven más aglomeradamente, además de percibir una autoimagen desfavorable.

Siguiendo con este tema Beardslee (1988), realizó un estudio piloto acerca de la depresión en madres adolescentes, en el cual resultó que las adolescentes que tuvieron mayor grado de depresión fueron las que eran más jóvenes, solteras y con menos grados académicos. En estudios longitudinales se ha mostrado que estos niveles de depresión varían ya que en algunas ocasiones pueden intensificarse en los primeros años del bebé, o cuando éste llega a la adolescencia. Los altos grados de depresión se atribuyen a las incesantes demandas del niño hacia su madre, ya que ella se siente incapaz de satisfacer muchas de ellas.

Aldana y Atkin, citados por Faure (1993) estudiaron la depresión durante la gestación en 172 adolescentes en embarazadas mexicanas y concluyeron que aunque esperaban que estas adolescentes sufrieran de depresión aguda o severa no fue así; observándose niveles bajos moderados. Sin embargo, las jóvenes que tenían mayor depresión eran aquellas con características menos favorables como: menor asertividad, autoimagen inadecuada, mayor tendencia a conductas antisociales, sentimientos de culpabilidad por los problemas de su familia, relación desfavorable con la suegra y con el padre, menor apoyo de la familia de origen y vivir en condiciones de hacinamiento. En resumen, consideraron que las áreas de mayor influencia en la presencia de la depresión era la de la personalidad y la sociodemográfica.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente acerca de las características de personalidad de las personas deprimidas, Abernethy, et al., Dixon, Kandell, Lewis, Nadelson, Rader, et al. Y Sugar, citados por Ibañez, (1984); vemos que las adolescentes embarazadas también presentan los siguientes rasgos: pasividad, baja autoestima, dependencia, deprivación emocional, necesidad de cercanía y ternura, negación, impulsividad, sentimientos de impotencia. Asimismo presentan hogares rotos, ausencia de figura paterna y muchas de ellas fueron concebidas a su vez, fuera de matrimonio.

Una de las situaciones extremas a las que pueden llegar las personas deprimidas es el suicidio, Bolton, (1980), afirma que las madres adolescentes solteras tienen un porcentaje de suicidio 10 veces mayor que la población general.

Para completar lo antes dicho, se puede afirmar que las incapacidades de la madre adolescente de darle al hijo lo que necesita, junto con grados de depresión, repercutirá en el futuro de sus hijos, que pueden mostrar problemas de conducta, escolares, en su madurez y hasta que llegue tal vez a repetir el embarazo en su adolescencia.

BIBLIOGRAFIA

- Barnet M.D., Joffe M.D., Duggan S.D., Wilson M.D., Repke M. (1996). Depressive Symptoms, Stress, and Social Support in Pregnant and Postpartum Adolescents. Arch. Pediatric adolescent Med. 150, 62-68.
- Beardslee W. R., Zuckerman B., Amaro H., McAllister M. Depression among adolescent mothers: a pilot study. Dev. Behavior Pediatrics. 9, 62-65.
- Berman G. (1984). La Psicoterapia de la niñez a la senectud. Buenos Aires: Paidós.
- Bolton F.G. Jr. (1980). The Pregnant adolescent. Beverly Hills: Sage Publications.
- Duarte M. (1988). Embarazo en Adolescente soltera. Sexualidad en la Adolescencia. Asociación Mexicana de Psicología Social. Bogotá
- Fauré (1993). Factores Psicosociales del embarazo en la adolescente. Revisión de algunos estudios latinoamericanos. Revista Mexicana de Psicología Social. 10, 1, 75-84.
- Fernández-MacGregor A., Arcelus de Diego M., Atkin L.C. y Pineda L. (1988). Adolescente embarazada: relación de pareja y apoyo familiar. La Psicología Social en México. Asociación Mexicana de Psicología Social. México. 2, 357-363
- Freud S. (1917), Duelo y Melancolía. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Guevara A.K. (1992), Satisfacción Marital: su relación con el autoconcepto y depresión de madres adolescentes. Tesis de licenciatura, UIA.
- Horwitz S.M., Klerman L.V., Kuo H.S., Jekel J.F. (1991). Intergenerational Transmission of school-aged parenthood. USA: Fam Plann Perspect.
- Ibañez B. (1984). Factores Psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista Mexicana de Psicología. 1, 1, 72-78
- Kolb L. (1989). Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica.
- Lars F. (1982). Aspectos Psicosociales de la Depresión. México: FCE.
- McCary (1987). Sexualidad y Reproducción de McCary. México: Manual Moderno.
- Nolen-Hoeksema (1990). Sex differences in depression. California: Board of Trustees.

Noyes y Kolb (1989). Psiquiatría Clínica Moderna. México:Prensa Médica.

Zuckermann B. y Amaro H. (1987). Mental Health of adolescent mothers: the implications of depression and drugs use. Review article. Develop Mental an Behavioral Pediatrics. 8, 111-116.

CAPITULO IV:

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Conocer los esfuerzos que hacen los individuos para enfrentar el estímulo estresante conlleva al estudio de diversas formas de reacción y conducta usada con el fin de aminorar los efectos del estrés, de responder a las demandas del estímulo tensionante y de recuperar el equilibrio fisiológico.

Lazarus en 1966, citado por González en (1992), propuso que el estrés se considerara como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos de importancia en la adaptación humana; sin embargo, señaló que en el proceso de adaptación el individuo puede pasar por procesos cognitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma rutinaria y automática, que no necesariamente significan estrés.

Lazarus y Cohen, en 1977 citados por González en (1992), distinguieron tres tipos de acontecimientos inductores de estrés o estresores, según la denotación de Selye (1976):

- 1) Cambios mayores que afectan a la mayoría de las personas.
- 2) Cambios mayores que afectan a una o pocas personas.
- 3) Los ajetreos diarios.

Elliot y Eisdorfer en 1982, citados por González (1992), dan otra propuesta de los acontecimientos estresantes:

- 1) Estresantes agudos, limitados por el tiempo. Por ej., una operación quirúrgica.
- 2) Secuencias estresantes o acontecimientos desencadenados por la ocurrencia de algún evento inicial como la pérdida del trabajo.
- 3) Estresantes crónicos intermitentes. Acontecimientos estresantes que ocurren una vez al día, a la semana, al mes. Por ej. , visitas conflictivas a parientes lejanos.
- 4) Estresantes crónicos los cuales pueden o no haberse iniciado por un acontecimiento discreto que persiste durante mucho tiempo. Por ej. : discusiones entre los padres.

Lazarus y Folkman en 1984, citados por Martínez y Morales (1995) puntualizaron que aún ante acontecimientos estresantes extremos, medios o ante los estresantes vitales más ordinarios, la vulnerabilidad de las respuestas es muy grande, ya que lo que puede ser estresante para unos en un momento dado, no lo es para otro. Así pues, consideraron que no es posible definir al estrés en función únicamente de las condiciones ambientales sin tomar en cuenta las características individuales.

Algunos autores, (Brim y Ryff, 1980; Estes y Wilensky, 1978; Hultsch y Plemons, 1979), citados por González, (1992), han señalado que también existen fuentes de estrés propias para cada edad, coincidiendo en afirmar que los eventos de la vida y las contrariedades cotidianas varían con la edad.

En este sentido Lazarus y Folkman (1984) citados anteriormente, mencionaron que probablemente la mejor generalización respecto a los cambios en el enfrentamiento durante el transcurso de la vida, sea la de que las fuentes de estrés cambian con los distintos períodos; y en consecuencia, también cambia la manera de enfrentar los eventos estresantes. Para estos autores, afrontar una amenaza equivale a abordarla mentalmente, es decir, acusar recibo de que existe, estableciendo un plan de acción dependiente del modo en que el sujeto la percibe. Los intentos adaptativos del organismo para afirmarse respecto al entorno, pueden conducir a un estado de afrontamiento permanente en la medida en que la acción no es definitivamente eficaz para suprimir la actuación que provoca la cognición de amenaza. Esta instalación en la lucha sostenida por el control del medio sugiere un contexto ambiental de difícil modificación o el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas.

El afrontamiento es un subconjunto de actividades adaptativas que implican esfuerzo y que no incluyen todo aquello que hacemos con relación al entorno. Kahn y sus colaboradores, 1964, citado por Martínez y Morales (1995), señalan también la importancia de definir el afrontamiento independiente del resultado, añadiendo que el estudio de la conducta de afrontamiento debería incluir tanto los errores como los éxitos. El mejor afrontamiento es aquel que modifica la relación individuo con su entorno en el sentido de mejorarla. El afrontamiento es considerado como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas. Los procesos de afrontamiento que se utilizan para soportar tales dificultades o para minimizarlas, aceptarlas o ignorarlas, son tan importantes en el arsenal adaptativo del individuo como las estrategias dirigidas a conseguir el dominio del entorno. De igual manera, estos autores afirman que el afrontamiento corresponde a aquellas fuerzas cognitivas y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Esta definición implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

El afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: Primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace en contraposición con lo que éste generalmente hace. Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Moss y Billings (1982) y Moss y Schaefer, (1986), han enfatizado seis perspectivas teóricas acerca del enfrentamiento, las cuales analizan la definición y la medición de los procesos y recursos de afrontamiento:

1.- La teoría evolucionaria y adaptación de conducta.

La teoría de Charles Darwin sobre evolución examinó el proceso de adaptación al medio ambiente; los dos elementos centrales de la Teoría Darwiniana, son una variación en la reproducción y la herencia de organismos vivos y selección natural para la sobrevivencia del más fuerte. El factor interno de variación es visto como positivo y creativo; produce la diversidad necesaria para el progreso. El factor externo de selección natural, elimina lo dañino o variaciones menos útiles y permite aquellas que son benéficas en desarrollarse y reproducirse. Los organismos vivos existen en una "telaraña de la vida", en el cual ellos "luchan por la existencia", en un medio ambiente específico. Las ideas de Darwin, dieron forma al concepto de ecología, que es el estudio de los lazos entre organismos o grupos de organismos y su medio ambiente.

El pensamiento evolucionario y la ecología humana se han enfocado principalmente en la adaptación comunal. Los seres humanos no se pueden adaptar a su medio ambiente por sí solos; son interdependientes y deben hacer esfuerzos colectivos para sobrevivir. La ecología humana propone que la formación del lazo social es un aspecto esencial en la transacción efectiva de la humanidad con el medio ambiente. La adaptación comunal va más allá de la adaptación individual y de estrategias específicas de enfrentamiento que sirven para contribuir a la sobrevivencia del grupo y promueven la comunidad humana.

Esta orientación llevó a un énfasis sobre las actividades resolutivas de problemas del comportamiento que aumentan la supervivencia individual y de especie. La tradición de conducta inicialmente consideró los aspectos funcionales de conducta dirigida a metas, pero enfoques más recientes han resaltado el papel de la cognición en la adaptación efectiva. La conducta cognitiva tiene que ver con la apreciación individual del ser y el significado de un evento así como con sus habilidades para resolver problemas de conducta. Un sentido de autoeficacia se piensa que es un recurso esencial de enfrentamiento. El enfrentamiento exitoso promueve expectativas de autoeficacia, que llevan a más vigorosos y persistentes esfuerzos para manejar nuevas tareas. Bandura, 1989, citado por Moss y Schaefer, (1986).

2.- Teoría Psicoanalítica y de Crecimiento Humano.

La perspectiva psicoanalítica de Sigmund Freud, puso el escenario para un contrapunto intrapsíquico y cognitivo para el énfasis evolucionado en factores de conducta. Freud atribuyó la conducta al empuje para reducir tensión por medio de instintos satisfactorios sexuales y agresivos. El creyó que los procesos del ego servían para resolver conflictos entre los impulsos sexuales y agresivos indirectamente, sin reconocer su verdadero propósito. Estos procesos del ego son mecanismos cognitivos (a pesar de que su expresión puede involucrar componentes conductuales), cuyas principales funciones son defensivas (distorsionando la realidad), y enfocadas a emociones (orientadas hacia la reducción de la tensión). Los neofreudianos, psicólogos del ego, objetaron estas ideas; ellos propusieron una "esfera del ego libre de conflicto", con energía autónoma que alimentaba los procesos orientados en la realidad, tales como atención y percepción. Además, ellos pensaron que el ejercicio de las funciones del ego, tales como cognición y memoria eran recompensadas en su propio derecho. A pesar de que existe un fuerte impulso para reducir la tensión excesiva, la mayoría de los individuos buscan la novedad y estimulación para tratar de dominar su medio ambiente. Ellos poseen aspectos de motivación de competencia, tales como curiosidad e impulso exploratorio, una necesidad de estímulos nuevos y variados (hambre de estímulos), y un sentido de manejo y control de sus vidas. Estas ideas formaron la base de un nuevo grupo de teoría de crecimiento y desarrollo humano. Por ej., Carl Rogers, creyó que los individuos tratan de actualizar y desarrollar sus capacidades en forma que ayudan para mantener la vida y promover el crecimiento. Abraham Maslow, ha distinguido entre la deficiencia y motivación de crecimiento. La motivación de deficiencia refleja un impulso a sobrevivir y se dirige a disminuir la tensión que surge de necesidades tales como el hambre y la sed. En contraste, la motivación del crecimiento refleja una orientación hacia la actualización personal y conlleva el deseo de enriquecer la experiencia personal y expandir los propios horizontes. De acuerdo con Maslow, las personas maduras y sanas, perciben la realidad acertadamente, están centradas hacia las soluciones, tienen una conducta espontánea y tienen un fuerte interés social, un deseo genuino de ayuda a otros y una amplia perspectiva de la vida.

3.- Teorías del Desarrollo del Ciclo de la Vida.

Los teóricos psicoanalíticos, propusieron que los eventos de la vida en la infancia afectan fuertemente o aún determinan la personalidad del adulto.

Pero la información acerca del crecimiento de las funciones del ego y patrones normales de maduración muestran que los eventos de la vida temprana no necesariamente marcan el carácter o patrón de acciones ante crisis y transiciones. Además de destacar los procesos de defensa y enfrentamiento, el psicoanálisis y psicología del ego dio la base para el acercamiento al desarrollo que considera la adquisición gradual de recursos de enfrentamiento personal sobre el trayecto de la vida.

Erik Erikson en 1963, describió 8 etapas de la vida, cada una de las cuales abarca un nuevo reto o "crisis", que debe ser negociada exitosamente para que un individuo enfrente adecuadamente cada nueva etapa. Los recursos personales para enfrentar problemas (tales como la formación de la confianza e integridad del ego) adquiridos durante los años de la adolescencia y la adultez joven son integrados al autoconcepto y modelan el proceso de resolución de problemas en la edad madura y la vejez. La resolución adecuada de los asuntos que ocurren en una etapa del ciclo de la vida dejan un legado de recursos de enfrentamiento que pueden ayudar a resolver crisis subsecuentes.

Los modelos de las etapas tales como las de Erikson, frecuentemente son descritos como una escalera en espiral; la incapacidad de alcanzar un escalón, implica la incapacidad de llegar al próximo. De acuerdo a Neugarten, sin embargo, la adultez no está usualmente compuesta de una secuencia invariable de etapas que ocurren en edades cronológicas específicas. La mayor parte de la gente espera que ciertos eventos de la vida ocurran en momentos particulares, y desarrollan un reloj mental estipulando "si están a tiempo o fuera de tiempo". Los eventos que ocurren a tiempo pueden ser anticipados, ensayados, y manejados sin tener que forzar la capacidad resolutive del individuo o rompiendo su sentido de continuidad. Pero nuestra idea de sincronía social ha cambiado dramáticamente en las dos décadas pasadas. El ritmo del ciclo de la vida es mucho más fluido ya que más hombres y mujeres se están divorciando y volviendo a casar, los niños son criados en diferentes hogares y más personas de mediana edad regresan a la universidad o empiezan una nueva familia. La incrementada flexibilidad de la adultez ha intensificado las transiciones de la edad mediana y vejez y cómo los individuos se enfrentan a ella.

4.- Teoría de las Perspectivas culturales y socio-ecológicas.

Enfatiza las conductas de afrontamiento para establecer una adaptación al medio ambiente físico y cultural; también menciona 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.

Además de enfatizar las cualidades adaptativas de la conducta orientada a resolver problemas, el acercamiento evolucionario se enfocó en la relación entre organismos o grupos de organismos y el medio ambiente. La adaptación a las condiciones físicas y culturales del ambiente es facilitada por los esfuerzos de cooperación de la comunidad humana, los cuales son esenciales en la adaptación al ambiente. El concepto de los recursos de enfrentamiento ambiental surgió de esta perspectiva; un dominio importante de tales recursos es la provisión de resoluciones culturalmente dominantes de enfrentamiento y métodos de enseñar las habilidades necesarias para lograr tales resoluciones. Otro dominio está compuesto de redes sociales que pueden proporcionar recursos interpersonales como comprensión emocional, guía cognoscitiva, y apoyo tangible. Estos recursos ambientales pueden afectar la evolución de la amenaza implicada por un evento, también como la elección, frecuencia y la relativa efectividad de respuesta de enfrentamiento.

5.- Teoría de una Estructura Integrada Conceptual.

Moss y Billings (1982), consideran a las estrategias de afrontamiento como una capacidad que puede aumentar o disminuir las demandas de la vida y los estresores. Aquí se conceptualiza la relación entre los eventos estresores de la vida y el funcionamiento, teniendo como mediadores los recursos de afrontamiento personales y ambientales de los procesos de afrontamiento, la valoración cognitiva, así como sus interrelaciones. Los eventos son considerados como estresores a corto plazo, a largo plazo, inherentes al desarrollo, estresores secuenciales (separación, embarazo, entre otros), 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 está más propensa a hacer mayores cambios en su vida, puede tomar riesgos que incrementen la probabilidad de accidentes o dificultades legales. En términos 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.

6.- Teoría de la Crisis.

Las ideas fundamentales de esta teoría, fueron desarrolladas por Erich Lindermann, citado por Moos y Schaefer (1986), quien describió el proceso de aflicción y duelo y el rol de los asistentes en la comunidad para ayudar a los afligidos miembros de una familia a enfrentarse a la pérdida de sus seres queridos.' Combina con la formulación de Erikson, de "crisis de desarrollo", en puntos de transición en el ciclo de vida, estas ideas abrieron el camino para la teoría de la crisis.

La teoría de la crisis se ocupa del impacto de las rupturas en los patrones establecidos de identidad personal y social. Similar al requerimiento de homeostasis fisiológica, los individuos tienen una necesidad de equilibrio social y psicológico. Cuando la gente se enfrenta a un evento que altera sus patrones específicos de pensamiento y comportamiento, emplean estrategias habituales de resolución de problemas hasta que se restaura el equilibrio. Una crisis es una situación que es tan nueva o tan grande que las respuestas habituales son insuficientes; lleva a un estado de turbulencia típicamente acompañado por aumento del miedo, ira o culpa.

Debido a que una persona no puede mantenerse en un estado de desequilibrio, una crisis es necesariamente autolimitante. Aún cuando puede ser temporal, debe encontrarse alguna resolución. El nuevo equilibrio puede ser una adaptación sana que promueva el crecimiento personal o una mala respuesta adaptativa que presagia problemas psicológicos. Por lo tanto una crisis es una transición o encrucijada que tiene implicaciones profundas para la adaptación del individuo y su capacidad de enfrentarse a crisis futuras

La teoría de la crisis se ha enfocado principalmente en lo dañino, más que en la influencia positiva de los eventos de la vida. De hecho, las transiciones de la vida, crisis frecuentemente ofrecen una condición esencial para el desarrollo psicológico. Los episodios estresantes de la vida pueden enriquecer las creencias y valores de una persona, al hacerse necesario el asimilar experiencias nuevas. Este proceso puede promover la integración cognitiva y estimular el crecimiento personal que ayuda a manejar los aspectos problemáticos de la nueva situación. En esta perspectiva las crisis de la vida impulsan el desarrollo de nuevas habilidades cognitivas y personales principalmente, debido a que tales habilidades son necesarias para una adaptación efectiva.

CLASIFICACION DEL AFRONTAMIENTO.

La siguiente clasificación fue realizada por González, (1996), quien tomó, analizó y sintetizó, los artículos de Billings y Moos, 1981; Moos y Billings, 1982; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1986; y Moos y Schaefer, 1986. Dichos autores clasifican a las respuestas de afrontamiento de dos formas, las cuales se refieren al método de afrontamiento y al foco de afrontamiento, en cada una de estas formas de clasificación existen diferentes respuestas de afrontamiento.

DE ACUERDO CON EL METODO DE AFRONTAMIENTO.

Moos, 1986, señala tres formas básicas en términos de su método: Cognoscitivo Activo, Conductual Activo y Evitativo.

Cognoscitivo Activo.

Este tipo de afrontamiento se refiere 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 de 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 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 peores, 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 pueden 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 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 profesionista sobre el problema, 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 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 al ser 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 efectos después de un desastre natural. Una vez que los efectos son aceptados, estos pueden ser dirigidos a darles una significancia a largo plazo, como cuando los sobrevivientes de un desastre creen que sus vidas retornarán a la normalidad rápidamente. También puede presentarse una supresión consciente, 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 autoengaño y solo 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.

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. Asimismo, 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 forma satisfactoria.

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

a) Análisis lógico. Esta categoría involucra intentos para manejar la situación problemática mediante un análisis objetivo de la misma. Tales respuestas de afrontamiento involucran hacer 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 hacer una preparación mental para superar los problemas y pensar en los pasos que se deben realizar.

b) Buscar información o ayuda. Este tipo de habilidad abarca la búsqueda de información sobre el problema y acerca de los tipos de acciones alternativas que se puedan 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 en el tema, 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 que sufren algún tipo de crisis específicas. 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 apoyo 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, autosuficiencia 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 y 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 consciente 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 inconformidad con las normas sociales. Otros ejemplos de las estrategias de reducción de la tensión, incluyen en 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 requieren de una combinación o de una secuencia de habilidades de afrontamiento para resolverla en forma adaptativa.

RECURSOS DE AFRONTAMIENTO.

Para Patterson y McCubbin, 1987, citados por González (1996), 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 períodos de rápidos cambios de la sociedad, por ej., el cambio en el papel de la mujer; en la familia, por ej., el divorcio; y en los miembros de la familia, por ej., 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, citados anteriormente, 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.

Estos autores 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), hablan 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 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, antes mencionados, señalan 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. Rusch, (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; asimismo, señala que los recursos personales tales como el control interno pueden también facilitar que una persona permanezca tranquila mientras enfrenta altos niveles de estrés y revalora su potencial y 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.

Moos y Billings, (1982), señalan que el sentido de autoeficacia, competencia social y confianza en los resultados son una serie de recursos 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 estos autores, 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 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: biológico, tales como una enfermedad y la muerte; psicológico/personales, tales como casarse; físico/ambientales, tales como estar expuesta a un desastre; y socioculturales, tales como tener un hijo. Otros aspectos señalados por Moos y Schaefer, incluyen su foco (uno mismo u otra persona), predicción, control, probabilidad de ocurrencia y extensión o amplitud.

Estos autores 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. Asimismo, 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 con 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), demostraron que las respuestas de afrontamiento están íntimamente relacionadas con la adaptación del individuo a su medio social.

Moos y Billings, (1982), 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 aspecto 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 o de afrontamiento centradas en el problema y consecuentemente pueden experimentar menos reacciones emocionales y menos estrés. Folkman y Lazarus (1980), encontraron que las personas emplean estilos de afrontamiento defensivo 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 responde al método utilizado para enfrentarse a la situación, que puede ser de tres tipos:

- 1) Cognoscitivo Activo.
- 2) Conductual Activo.
- 3) Evitativo.

La segunda clasificación se basa en el enfoque que se le de al afrontamiento y puede ser de cinco tipos:

- 1) Análisis lógico
- 2) Buscar información
- 3) Solucionar el problema
- 4) Hacer una regulación afectiva
- 5) Efectuar una descarga emocional.

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 veintiocho preguntas con tres opciones de respuesta (no; si, ocasionalmente y si, con frecuencia), con las que los sujetos indican cómo 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 método 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 tiene una consistencia interna moderada. Las intercorrelaciones 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 0.81. Se presenta un grado de independencia entre el método y el foco de 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.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES

De Anda, Darroch, Davison, Gilly y Morejón (1990) mencionan que a pesar de que los adolescentes comparten experiencias comunes del desarrollo, así como crisis, el enfoque en los asuntos relacionados con el desarrollo puede llevar a tratar a los adolescentes como una población relativamente homogénea con una variedad de problemas que son simplemente manifestaciones alternas de dificultades con la formación de identidad. Los proveedores de servicios de salud para adolescentes, sin embargo, están claramente conscientes de la heterogeneidad de la población adolescente y encuentran un enfoque de problemas específicos como el más útil para entender e intervenir con ellos.

Hamburg en 1974, citado por González F. (1992), señaló que la adolescencia es un período crítico del desarrollo, pues involucra la negociación de demandas -internas y externas- biológicas, psicológicas y sociales. Asimismo señaló que sería conveniente reevaluar el concepto homogéneo de subcultura de la adolescencia, ya que considera una adolescencia temprana (12 a 15 años de edad) como un período de gran estrés, en el que se improvisan y prueban una amplia gama de respuestas de enfrentamiento; por lo que la considera como un período de gran vulnerabilidad. Específicamente, puntualiza tres aspectos concernientes a la etapa temprana que el adolescente tiene que enfrentar:

1. El impacto de los cambios en la imagen corporal.
2. Los cambios que involucran el ingreso a un nuevo sistema social: la educación media básica o secundaria. En este aspecto, surgen demandas académicas distintas al proceso educativo anterior, ante las cuales tiene que responder.
3. El ingreso a la secundaria involucra un status de adolescente en el que se ponen en práctica conductas y valores característicos de la subcultura propia del nuevo entorno social en que se desenvuelve.

Gordon (1996), en el estudio realizado con adolescentes de una preparatoria de área urbana en EEUU, menciona que los factores que se presentan en los adolescentes para la toma de decisiones son:

- Factores cognitivos: razonamiento concreto contra razonamiento formal, pensamiento concreto contra pensamiento abstracto, consideración de una opción contra todas las opciones, orientación presente contra orientación futura, conocimiento, edad y grado.

- Factores sociales y psicológicos: características de personalidad en lo general, como optimismo/pesimismo, alta/baja autoestima, uso de defensas; significado particular durante la adolescencia para la toma de decisiones; egocentrismo, desarrollo de la identidad; desarrollo de la intimidad; toma de riesgo; locus de control interno contra locus de control externo; género; interacciones con su mundo inmediato (familia, pares, y eventos de la vida significativos).

- Factores culturales y sociales: sistema religioso, espiritual y moral; sistema político; sistemas de salud; sistemas educativos; influencias del medio ambiente y socioeconómicas; origen étnico y racial.

González (1992), en su tesis de maestría cita a diversos autores que realizaron investigaciones en el tema de estilos de afrontamiento y adolescentes:

- Treadwell y Johnson (1980), evaluaron el impacto estresante de los eventos de la vida y encontraron que los adolescentes -entre 12 y 14 años de edad- de bajo nivel socioeconómico, sin importar su grupo étnico -raza-, experimentaron mayores cambios negativos de vida, y tales cambios estuvieron asociados con el estado de salud y ajuste específicamente con el uso de drogas. Esta asociación no varió significativamente según la fuente de apoyo emocional -por familiares y amigos- por lo que consideraron que probablemente se debió a los procedimientos específicos que se realizaron para evaluar esta variable.

- Hirsch (1985), realizó un estudio con estudiantes adolescentes entre 12 y 18 años de edad, encontrando que tanto el apoyo social de los amigos como una vida escolar satisfactoria se asociaron con la reducción de sintomatología psicológica (somatización, rumeación obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad). Sin embargo, encontró que una marcada dependencia a los ambientes (amigos, escuela) los hace particularmente vulnerables a los cambios negativos en esos ambientes.

- Salgado de Snyder y Padilla (1987), en un estudio con estudiantes de preparatoria inmigrantes mexicanos y centroamericanos en Estados Unidos, con una media de edad de -19 años- encontraron variaciones según la fuente de apoyo social; es decir los padres, hermanos y/o amigos tuvieron un impacto diferencial en su papel como atenuadores del estrés.

- Por otra parte Slavin y Rainer (1990) encontraron que adolescentes entre 14 y 16 años de edad tuvieron diferencias significativas entre hombres y mujeres con relación a la calidad y tipo de apoyo percibido; además de la importancia del apoyo social como predictor de síntomas depresivos. Aunque no hubo diferencias por sexo en la magnitud del apoyo percibido por los miembros de la familia, las mujeres adolescentes reportaron mayor apoyo emocional por parte de los adultos no familiares y compañeros, en comparación con los hombres adolescentes.

- Kanner, Feldman, Weinberger y Ford (1987), realizaron un estudio con estudiantes de sexto grado, -adolescentes tempranos-, para indagar la relación entre los estresores y los satisfactores cotidianos con la ansiedad, depresión, malestar, auto-inhibición y apoyo percibido de los amigos, competencia social percibida y autoestima en general. Los resultados obtenidos indicaron que tanto los estresores como los satisfactores, estuvieron relacionados en la dirección esperada con todas las variables dependientes, con excepción de una pequeña asociación positiva en las niñas, entre satisfactores y ansiedad. Además, en la mayoría de los casos los satisfactores se relacionaron significativamente más con las consecuencias emocionales -positivas- que los estresores con las consecuencias negativas.

- Por otro lado Yarcheski y Mahon (1986), en un estudio con adolescentes entre 12 y 14 años de edad encontraron que la relación positiva entre estrés percibido y patrón sintomatológico disminuyó al controlar el enfrentamiento orientado a la emoción; mientras que se incrementó cuando se controló el apoyo social.

- Glyshaw, Cohen y Towbes (1989) hicieron un estudio con estudiantes de secundaria y de preparatoria y encontraron que sólo en los adolescentes de secundaria, las respuestas de enfrentamiento dirigidas a la resolución del problema se relacionaron negativamente con depresión, y las distracciones sociales se relacionaron negativamente con la ansiedad; no así en los adolescentes de preparatoria. Sus resultados apoyan el postulado de que los estresores, las respuestas de enfrentamiento y su efectividad percibida, varían con la edad.

- Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), encontraron que el estrés percibido correlacionó con los puntajes de eventos de la vida, sintomatología física y depresiva, con la utilización de servicios de salud y con ansiedad social. Krantz (1983) por su parte, identificó que después de un evento estresante, la búsqueda de información y las conductas orientadas a resolver el problema fueron las respuestas de enfrentamiento más significativas como evaluaciones cognitivas.

A manera de resumen podemos decir que la adolescencia es una etapa que 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 la condición que están viviendo, o pueden ser desadaptativas, generándoles una serie de resultados negativos que los llevan a involucrarse en relaciones sexuales inadecuadas o en el consumo de drogas sin percatarse de las consecuencias que tales conductas les pueden causar.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

La adolescente embarazada, desde el primer momento de la gestación se está adaptando y modificando su actitud; el grado de adaptación se determina por una serie de variables, entre las que figuran la personalidad, la visualización de sí misma como madre, 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).

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; utilizan pocas estrategias de afrontamiento, las cuales son generalmente adaptativas, pero mínimamente eficaces. Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por las adolescentes embarazadas son: descarga emocional, distracción, relajación, aislamiento y buscar ayuda o hablar con alguien. 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. 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.

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

De Anda y cols., (1991), en un estudio comparativo entre adolescentes embarazadas y adolescentes consumidoras de droga, encontraron que el estrés, contribuyó a la presentación del problema. Las adolescentes embarazadas y madres, dieron resultados bastante más altos a la media en el Inventario de Ansiedad, además, ambos grupos tenían un repertorio muy limitado de estrategias para lidiar con el estrés. También sugieren la necesidad de expandir las habilidades de manejo de problemas tales como la relajación y el control cognitivo.

Es notorio que los miembros de la familia fueron una fuente de estrés, mucho más importante, en el grupo de consumidoras de droga, que en el de adolescentes embarazadas y madres adolescentes; quizá el estrés en las relaciones del segundo grupo son más el resultado de la situación (el embarazo), que de patrones familiares previos, al contrario de lo que sucede con las adolescentes consumidoras de droga.

Los hallazgos de este estudio, sugieren que necesitan identificarse factores medio ambientales e interpersonales específicos para estas poblaciones, de manera que los lineamientos orientados a problemas específicos para la intervención en ellos, puedan suplementar las normas ofrecidas por las teorías del desarrollo.

De Anda y cols., (1990), en un breve estudio piloto demostraron el potencial terapéutico de un programa de manejo del estrés a corto plazo para adolescentes embarazadas y para madres adolescentes. El programa del manejo del estrés puede haber tenido el efecto de incrementar los pensamientos y sentimientos de competencia en las adolescentes, que a su vez, pueden ayudar a la localización interna del foco de control. Las funciones básicas del manejo del estrés (resolución de problemas y regulación de las alteraciones emocionales), parecen haberse incrementado en las participantes del programa.

Pick y cols., (1996), mencionan que las características personales de las adolescentes que se embarazan han mostrado que tienen menos habilidades para planear sus actividades a futuro, una baja autoestima y recurren al manejo del afecto como medio para alcanzar sus metas.

En resumen, las fuentes de estrés de las adolescentes embarazadas son diversas, debido a la etapa de vida en que se encuentran. La situación de embarazo incrementa el estrés y hace que las estrategias de enfrentamiento que utilizan generalmente sean adaptativas, pero mínimamente eficaces.

González C. (1996), en su tesis de licenciatura, cuyo estudio es muy parecido al presente concluye:

- Que las 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.
- Las adolescentes que presentan altos niveles de ansiedad utilizan estilos de afrontamiento dirigidos a la evitación de sus problemas.

BIBLIOGRAFIA

- 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.
- De Anda D., Darroch P., Davidson M., Gilly J. y Morejón A. (1990). Stress management of pregnant adolescents and adolescents mothers: A pilot study. Child and adolescent social work. 7, 1, 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. Journal of Adolescent social work. 13, 3, 171-182.
- González C. (1996). Adolescentes embarazadas: ansiedad y estilos de afrontamiento. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- González F. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis Maestría, Fac. de Psicología, UNAM.
- González F., Morales C. y Gutiérrez C. (1991). Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: un estudio comparativo. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Gordon C. (1996). Adolescent decision making: broadly bases theory and its applications to the prevention of early pregnancy. Adolescence. 31,123.
- Martínez J., Morales M. (1995). Fuentes de estrés, reacciones psicofisiológicas y estilos de afrontamiento en técnicos de urgencias de la Cruz Roja. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Moos R.H. y Billings A.G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. en L.Golberger y S. Breznitz. Handbook of stress: Theoretical aspects. London: The free press.
- Moos R.H. y Shaefer J.A. (1986). Life transition and crises. En R.H. Moos. Coping with life crises. An intregated approach. New York: The Plenium Press.
- Pick S., Givaudan M., Saldívar-Garduño A. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana. 10, 2, 143-150.

METODOLOGIA**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

¿ Cómo se relacionan los estilos de afrontamiento, la depresión y el estado emocional en adolescentes embarazadas?

TIPO DE ESTUDIO:

Exploratorio, descriptivo y transversal.

VARIABLES:**ADOLESCENTES EMBARAZADAS.****DEFINICION CONCEPTUAL:**

La adolescente embarazada es aquella que se encuentra en el período de transición de la infancia a la adultez, con una edad de entre 12 y 17 años, y cuyo ciclo menstrual está interrumpido debido a la implantación de un óvulo fecundado en su matriz. (Kably, Mar de la Rosa, Orozco y Alvarado, 1982).

DEFINICION OPERACIONAL:

Son aquellas mujeres pacientes que acuden a recibir atención al Hospital de Ginecopediatría No. 71, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de Veracruz, cuya edad oscila entre los 15 y 19 años de edad, presentando un embarazo de curso normal.

DEPRESION:**DEFINICION CONCEPTUAL:**

La depresión es un tono afectivo de tristeza, que puede variar desde el abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia, hasta una desesperación en grado extremo (Noyes y Kolb, 1989).

DEFINICION OPERACIONAL:

Se obtuvo el puntaje mediante la aplicación de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, de acuerdo a la normalización realizada por González y Morales (1993), en el INPer, en la cual se determinó que un puntaje igual o mayor a 44 corresponde a depresión.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO:**DEFINICION CONCEPTUAL:**

Los estilos de 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 los estilos de afrontamiento se tomaron en cuenta las respuestas obtenidas en la Escala de Estilos de Afrontamiento de Moos.

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 62 adolescentes embarazadas de la población de pacientes que acuden al Hospital de Ginecopediatría No. 71, del IMSS, de la Ciudad de Veracruz, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Pacientes del Hospital de Ginecopediatría No. 71 del IMSS.

Edad: entre 15 y 19 años.

Entre 16 y 39 semanas de gestación.

Que sepan leer y escribir.

De nacionalidad mexicana.

Sin importar el estado civil.

Sin importar el número de embarazos.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Embarazo producto de violación o incesto.

Pacientes con problemática de tipo psiquiátrica y/o retraso mental

Embarazo con complicaciones médicas.

ESCENARIO:

Se utilizó como escenario un consultorio del Hospital de Ginecopediatría No. 71, del IMSS, de la Ciudad de Veracruz.

INSTRUMENTOS:

Se utilizó la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, esta escala fue elaborada y usada por William Zung en 1965. Consiste en una serie de preguntas que miden síntomas depresivos por medio de 20 reactivos divididos en dos, 10 miden respuestas sintomáticas negativas y 10 sintomáticas positivas, existiendo modalidades de respuesta con puntajes de 1 a 4, cuya calificación total varía de 20 a 80 puntos, tomando como punto de corte 44, de acuerdo a la normalización de Morales y González (1993).

El otro instrumento utilizado fue la Escala de Respuestas para Afrontar Asuntos Importantes del Cuestionario sobre salud y hábitos de vida H.D.L., R. H. Moos. Este instrumento está compuesto por una serie de opciones de respuesta que pueden ser las que maneja una persona ante problemas o sucesos que considera importantes. La clasificación de estas respuestas se puede hacer de dos formas: la primera corresponde al método utilizado para enfrentar la situación (enfrentamiento cognitivo activo, conductual activo y evitativo); la segunda clasificación se basa en el enfoque de enfrentamiento que puede ser: através de un análisis lógico de búsqueda de información, de solución de problemas, de regulación afectiva y de descarga emocional.

El Cuestionario General de Salud de Godlberg, es un instrumento autoaplicable para detectar el estado emocional através del registro de presencia o ausencia de síntomas que abarcan, desde sentimientos generales de malestar hasta sensaciones y pensamientos que indican depresión severa y deseos suicidas. El Cuestionario se califica sumando los síntomas presentes en las dos últimas semanas que difieren del estado habitual através de un punto de corte, lo que nos brinda este punto de corte son las sumatorias de las respuestas dadas por las adolescentes a las columnas tres y cuatro, estableciendo un tamizaje entre sujetos probables de caso (es decir, sujetos que presentan los síntomas suficientes como para requerir atención psicoterapéutica), y no caso.

Se realizó una entrevista semiestructurada en la cual se recabaron datos sociodemográficos y ginecobiétricos.

PROCEDIMIENTO:

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital de Ginecopediatría No. 71, del IMSS, de la Ciudad de Veracruz, dentro de un consultorio asignado por el médico encargado.

El Departamento de Trabajo Social, fue el encargado de captar a las pacientes y referirlas al consultorio para la entrevista.

En el inicio de la única entrevista que se tuvo se les solicitó su colaboración, explicándoles el motivo de la investigación; después se procedió a una entrevista breve para obtener sus datos sociodemográficos y familiares. Posteriormente se les aplicaron los instrumentos: Escala de Estilos de Afrontamiento, Cuestionario General de Salud y Escala de Automedición de Depresión de Zung.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la presente investigación se presentarán en cinco diferentes apartados; el primero mostrará los datos sociodemográficos de la muestra; el segundo los resultados obtenidos en el Cuestionario General de Salud de Golberg; el tercero los resultados de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung; el cuarto los resultados de la Escala de Estilos de Afrontamiento de Moos; y en el quinto y último, los resultados obtenidos en la correlación de los tres instrumentos.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

1) Edad.

En la tabla número uno se refleja que el 1.6% de las adolescentes de la muestra tenían 14 años; el 9.7% tenían 15 años; el 11.3% 16 años; el 24.2 17 años; el 22.6% 18 años; y el 30.6% 19 años, siendo este porcentaje el de mayor proporción.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14	1	1.6 %
15	6	9.7 %
16	7	11.3 %
17	15	24.2 %
18	14	22.6 %
19	19	30.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.1. Edad de las adolescentes.

2) Edad del compañero.

En la tabla No.2 observamos que 3.2% de los compañeros de las adolescentes corresponde a la edad de 17 años; el 14.5% corresponde a los 18 años; el 14.5% a los 19 años; el 4.8% a los 20 años; el 6.5% a los 21 años; el 14.5% a los 22 años; el 9.7% a los 23 años; el 4.8% a los 24 años; el 4.8% a los 25 años; el 6.5% a los 26 años; el 4.8% a los 27 años; el 1.6% a los 27 años; y el 1.6% a los 36 años. Como podemos observar los porcentajes más altos corresponden a las edades de 18, 19 y 22 años.

También es importante señalar que hubo un 8.1% que correspondió a 5 casos de adolescentes sin pareja (4), y una relación fortuita, que desconocían las edades de los padres de los niños.

EDAD COMPAÑERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sabe	5	8.1 %
17	2	3.2 %
18	9	14.5 %
19	9	14.5 %
20	3	4.8 %
21	4	6.5 %
22	9	14.5 %
23	6	9.7 %
24	3	4.8 %
25	3	4.8 %
26	4	6.5 %
27	3	4.8 %
29	1	1.6 %
33	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 2. Edad del compañero.

3) Edad de la madre.

El porcentaje de edad de la madre de la adolescente, se presentó de la siguiente manera: 3.2% correspondió a 33 años de edad; 3.2%, a 34 años; 3.2% a 35 años; 8.1% a 36 años; 1.6%, a 37 años; 16.1%, a 38 años; 3.2% a 39 años; 6.5%, a 40 años; 4.8% a 41 años; 12.9% a 42 años; 11.3% a 43 años; 3.2% a 44 años; 4.8% a 45 años; 1.6% a 46 años; 3.2% a 47 años; 3.2% a 50 años; 1.6% a 53 años; 1.6% a 54 años; 3.2% a 55 años; 1.6% a 56 años. Un 1.6%, que corresponde a un caso, no supo la edad de su madre.

EDAD MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sabe	1	1.6 %
33	2	3.2 %
34	2	3.2 %
35	2	3.2 %
36	5	8.1 %
37	1	1.6 %
38	10	16.1 %
39	2	3.2 %
40	4	6.5 %
41	3	4.8 %
42	8	12.9 %
43	7	11.3 %
44	2	3.2 %
45	3	4.8 %
46	1	1.6 %
47	2	3.2 %
50	2	3.2 %
53	1	1.6 %
54	1	1.6 %
55	2	3.2 %
56	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 3. Edad de la madre.

4) Estado Civil.

En la tabla No. 4, observamos que el 91.9% de las adolescentes tenían compañero, el 6.5%, no tenían compañero y sólo el 1.6%, el embarazo fue de una relación fortuita.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con compañero	57	91.9 %
Sin compañero	4	6.5 %
Fortuito	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 4. Estado civil de la adolescente.

5) Escolaridad.

En la Tabla No. 5, se aprecia que el 3.2% de las adolescentes estudiadas cursó 3 años de estudios; 1.6%, 4 años; 1.6% 5 años; 19.4% 6 años; 4.8% 7 años; 9.7%, 8 años; 37.1%, 9 años, correspondiendo a secundaria terminada; 9.7% 10 años de escolaridad; 8.1% 11 años; 3.2%, 12 años;

AÑOS DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3	2	3.2 %
4	1	1.6 %
5	1	1.6 %
6	12	19.4 %
7	3	4.8 %
8	6	9.7 %
9	23	37.1 %
10	6	9.7 %
11	5	8.1 %
12	2	3.2 %
14	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 5. Escolaridad de la Adolescente.

6) Estudios suspendidos por embarazo.

El 30.6% de las adolescentes suspendieron sus estudios por el embarazo; y el 69.4% no estaban estudiando en el momento de embarazarse.

SUSPENDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Por embarazo	19	30.6 %
Antes embarazo	43	69.4 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.6. Estudios suspendidos por embarazo.

7) Escolaridad del compañero.

Los compañeros de las adolescentes embarazadas, presentaron los siguientes porcentajes de años de estudio: 12.9%, seis años; 1.6%, siete años; 4.8%, ocho años; 35.5%, 9 años, siendo este porcentaje el más alto; 9.7%, diez años; 6.5%, 11 años; 9.7%, 12 años; 4.8%, trece años; 1.6%, catorce años; 1.6%, quince años; por último 1.6%, dieciséis años.

Es importante mencionar que el 9.6%, que corresponde a seis casos, no contestaron debido a que desconocían la escolaridad del padre del hijo.

AÑOS DE ESTUDIO DEL COMPAÑERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sabe	6	9.7 %
6	8	12.9 %
7	1	1.6 %
8	3	4.8 %
9	22	35.5 %
10	6	9.7 %
11	4	6.5 %
12	6	9.7 %
13	3	4.8 %
14	1	1.6 %
15	1	1.6 %
16	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 7. Escolaridad del compañero.

8) Ocupación.

La Tabla No. 8, nos muestra el porcentaje de la ocupación de las adolescentes siendo: 16.1% trabajaba; 9.7%, estudiaba; 4.8, trabajaban y estudiaban y 69.4% estaban dedicadas al hogar.

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Trabaja	10	16.1 %
Estudia	6	9.7 %
Estudia y Trabaja	3	4.8 %
Hogar	43	69.4 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 8. Ocupación de la adolescente.

9) Ocupación del compañero.

Los siguientes datos muestran la ocupación del compañero, siendo el 90.3% de los que trabajan; 1.6%, los que trabajan y estudian. El 8.1%, que corresponde a 5 casos, fueron de las adolescentes sin compañero.

OCUPACION DEL COMPAÑERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No sabe	5	8.1 %
Trabaja	56	90.3 %
Trabaja y estudia	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.9. Ocupación del compañero.

10) Ocupación de la madre.

En la tabla No.10, observamos el porcentaje de la ocupación de la madre, siendo el 38.7% de las madres que trabajan; y el 59.7% de las dedicadas al hogar. El 1.6%, que es un caso correspondió a una madre fallecida.

OCUPACION DE LA MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Falleció	1	1.6 %
Trabaja	24	38.7 %
Hogar	37	59.7 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 10. Ocupación de la madre.

11) Presencia de madre.

En la tabla No. 11, se observa que en el 95.2%, había presencia de madre y sólo el 4.8% no existía.

PRESENCIA DE MADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presente	59	95.2 %
Ausente	3	4.8 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 11. Presencia de la madre de la adolescente.

12) Presencia del padre.

En la Tabla No. 12, se puede apreciar que el 48.4% de los padres de las adolescentes, estaban presentes y el 51.6%, se encontraban ausentes.

PRESENCIA DEL PADRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Presente	30	48.4 %
Ausente	32	51.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 12. Presencia del padre de la adolescente.

13) Motivo de ausencia de la madre.

Los siguientes datos nos muestran que el 66.6% de ausencia se debió a separación y el 33.3% a fallecimiento.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Separación	2	66.6 %
Fallecimiento	1	33.3 %
Total	3	100.0 %

Tabla No. 13. Motivo de ausencia de la madre.

14) Motivo de ausencia del padre.

En la tabla No. 14, se observan los porcentajes de los motivos de ausencia del padre, el 78.2% corresponde a los padres que se ausentaron por separación y el 21.8%, a los padres que fallecieron.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Separación	25	78.2 %
Fallecimiento	7	21.8 %
Total	32	100.0 %

Tabla No. 14. Motivo de ausencia del padre.

15) Con quien viven.

Los datos siguientes nos muestran que el 30.6% viven con los suegros de la adolescente; el 32.3%, viven con los padres de ella y el 37.1% viven de manera independiente.

VIVEN CON	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Suegros	19	30.6 %
Padres de ella	20	32.3 %
Independiente	23	37.1 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.15. Con quien vive la adolescente.

16) Lugar de origen de la adolescente.

En la tabla No.16 se observa que el 72.6% de las adolescentes proceden del área urbana, y 27.4% del área rural.

LUGAR DE ORIGEN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	45	72.6 %
Rural	17	27.4 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.16. Lugar de origen de la adolescente.

17) Semanas de gestación.

A continuación se presentan los datos de las semanas de gestación de las adolescentes: 1.6% corresponde a 10 semanas; 1.6% a 17 semanas; 1.6% a 20 semanas; 1.6% a 26 semanas; 1.6% a 28 semanas; 1.6% a 30 semanas; 24.2% a 32 semanas; 6.4% a 33 semanas; 21.0% a 34 semanas; 6.5% a 35 semanas; 6.5% a 36 semanas; 6.5 a 37 semanas; 6.5% a 38 semanas; 9.7% a 39 semanas y 3.2 % a 40 semanas de gestación.

SEMANAS DE GESTACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10	1	1.6 %
17	1	1.6 %
20	1	1.6 %
26	1	1.6 %
28	1	1.6 %
30	1	1.6 %
32	15	24.2 %
33	4	6.5 %
34	13	21.0 %
35	4	6.5 %
36	4	6.5 %
37	4	6.5 %
38	4	6.5 %
39	6	9.7 %
40	2	3.2 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.17. Semanas de gestación.

18) Edad de la menarca.

La tabla No. 18 nos muestra que el 1.6% de las adolescentes tuvieron la menarca a los 9 años de edad; el 8.1% a los 10 años; el 29.0% a los 11 años; el 30.6% a los 12 años; el 21.0% a los 13 años; el 6.5% a los 14 años; y el 3.2% a los 15 años.

EDAD MENARCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9	1	1.6 %
10	5	8.1 %
11	18	29.0 %
12	19	30.6 %
13	13	21.0 %
14	4	6.5 %
15	2	3.2 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.18. Edad de la menarca.

19) Inicio de la vida sexual.

La tabla No.19 nos señala que el 4.8% de las adolescentes inició su vida sexual a los 13 años; el 21.0% a los 14 años; el 17.7% a los 15 años; el 30.6% a los 16 años; el 16.1% a los 17 años; el 9.7% a los 18 años.

INICIO VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13 años	3	4.8 %
14 años	13	21.0 %
15 años	11	17.7 %
16 años	19	30.6 %
17 años	10	16.1 %
18 años	6	9.7 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 19. Inicio de la vida sexual.

20) Número de compañeros sexuales.

En los siguientes porcentajes observamos que el 80.6% de las adolescentes habían tenido un solo compañero sexual; el 16.1% dos compañeros; el 1.6% tres compañeros y el 1.6% cuatro compañeros sexuales.

No. DE COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	50	80.6 %
2	10	16.1 %
3	1	1.6 %
4	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.20. Número de compañeros sexuales.

21) Número de embarazos.

La tabla No. 21, nos muestra que el 79.0%, de las adolescentes tenían un sólo embarazo; el 19.4%, habían tenido 2 y el 1.6%, habían tenido 3 embarazos.

NUMERO DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	49	79.0 %
2	12	19.4 %
3	1	1.6 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 21. Número de embarazos de la adolescente.

22) Número de partos.

Los siguientes datos nos muestran que el 85.5% de las adolescentes estudiadas, no habían tenido ningún parto, y el 14.5%, habían tenido un parto.

NUMERO DE PARTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	53	85.5 %
1	9	14.5 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 22. Número de partos.

23) Número de abortos.

En la tabla que a continuación se muestra se observa que el 91.9% de las adolescentes no habían tenido ningún aborto; y sólo el 8.1%, habían tenido un aborto.

NUMERO DE ABORTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	57	91.9 %
1	5	8.1 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 23. Número de abortos de la adolescente.

24) Información de anticonceptivos.

Los datos siguientes nos señalan si la adolescente tenía información de los métodos anticonceptivos antes del embarazo y estos fueron: 95.2%, si tenía información y sólo un 4.8% decía no tenerla.

INFORMACION ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	59	95.2 %
No	3	4.8 %
Total	62	100.0 %

Tabla No. 24. Información sobre anticonceptivos.

25)Fuente de información sobre anticonceptivos.

En la tabla siguiente se observa que el 19.4% de las adolescentes obtuvieron la información de su madre; el 21.0%, de amigas; el 27.4%, de la escuela; el 9.7%, de médicos; 4.8% de familiares; el 11.3%, de la pareja; y el 1.6% de medios de información.

FUENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Madre	12	20.3 %
Amigas	13	22.0 %
Escuela	17	28.9 %
Médico	6	10.1 %
Familiares	3	5.1 %
Pareja	7	11.9 %
Medios de Comunicación	1	1.7 %
Total	59	100.0 %

Tabla No. 25. Fuente de información sobre anticonceptivos.

26)Usó los anticonceptivos.

Los siguientes datos muestran que el 54.8% usó anticonceptivos, y el 45.2% no los usó.

USO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	34	54.8 %
No	28	45.2 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.26. Uso de anticonceptivos.

27) Qué tipo de anticonceptivos usó.

La tabla No.27 señala el tipo anticonceptivos utilizados por la adolescentes: Pastillas 29.4%; ritmo 14.7%; eyaculación fuera 11.8%; dispositivo 11.8%; inyección 5.9%; óvulos 2.9%; condón 14.7%; condón y ritmo 5.9%; inyección y ritmo 2.9%.

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pastillas	10	29.4 %
Ritmo	5	14.7 %
Eyaculación fuera	4	11.8 %
Dispositivo	4	11.8 %
Inyección	2	5.9 %
Ovulos	1	2.9 %
Condón	5	14.7 %
Condón-ritmo	2	5.9 %
Inyección-ritmo	1	2.9 %
Total	34	100.0 %

Tabla No. 27. Tipo de anticonceptivo utilizado.

28) Por qué no los usó.

Las cifras siguientes nos dicen la razón que dieron las adolescentes por las que no usaron los anticonceptivos: 36.7% porque hacían daño; 13.3% por miedo; 13.3% por olvido/descuido; 26.7% porque no querían; y 10% porque no tenían información. Es importante aclarar que hay dos casos de más, porque aquellas adolescentes que habían tomado anticonceptivos antes les había fallado para evitar un segundo embarazo.

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hacían daño	11	36.7 %
Miedo	4	13.3 %
Olvido/descuido	4	13.3 %
No quería	8	26.7 %
Sin información	3	10.0 %
Total	30	100.0 %

Tabla No. 28. Por qué no los usó.

29) Tipo de embarazo.

En los siguientes datos se aprecia que para el 12.9% de las adolescentes el embarazo era rechazado; para el 77.4% fue no planeado pero aceptado; y para el 9.7% planeado.

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechazado	8	12.9 %
No planeado pero aceptado	48	77.4 %
Planeado	6	9.7 %
Total	62	100.0 %

Tabla No.29. Tipo de embarazo.

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG.

La tabla No. 30 nos muestra que de acuerdo al punto de corte 7, el 75.8 % de las adolescentes embarazadas estudiadas, no ameritaban atención psicoterapéutica; sin embargo el 24.2 % de los casos calificaron como con necesidad de apoyo psicoterapéutico.

CALIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0	11	17.7 %	17.7 %
1	5	8.1 %	25.8 %
2	4	6.5 %	32.2 %
3	6	9.7 %	41.9 %
4	7	11.3 %	53.2 %
5	7	11.3 %	64.5 %
6	5	8.1 %	72.6 %
7	2	3.2 %	75.8 %
8	4	6.5 %	82.3 %
9	1	1.6 %	83.9 %
10	4	6.5 %	90.3 %
12	1	1.6 %	91.9 %
13	3	4.8 %	96.8 %
14	1	1.6 %	98.4 %
17	1	1.6 %	100.0 %
Total	62	100.0 %	

Tabla No. 30. Resultados del Cuestionario General de Salud.

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG.

Los resultados que se muestran a continuación nos señalan que el 56.5% de las adolescentes embarazadas, no estaban deprimidas; y el 43.5%, presentaban depresión.

PUNTAJE BRUTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
25	1	1.6 %	1.6 %
29	2	3.2 %	4.8 %
30	2	3.2 %	8.1 %
31	1	1.6 %	9.7 %
32	3	4.8 %	14.5 %
33	2	3.2 %	17.7 %
34	1	1.6 %	19.4 %
35	4	6.5 %	25.8 %
36	1	1.6 %	27.4 %
37	3	4.8 %	32.3 %
38	4	6.5 %	38.7 %
40	5	8.1 %	46.8 %
41	3	4.8 %	51.6 %
42	2	3.2 %	54.8 %
43	1	1.6 %	56.5 %
44	4	6.5 %	62.9 %
45	4	6.5 %	69.4 %
46	2	3.2 %	72.6 %
47	4	6.5 %	79.0 %
48	3	4.8 %	83.9 %
50	2	3.2 %	87.1 %
51	2	3.2 %	90.3 %
53	2	3.2 %	93.5 %
55	1	1.6 %	95.2 %
58	1	1.6 %	96.8 %
62	1	1.6 %	98.4 %
63	1	1.6 %	100.0 %
Total	62	100.0 %	

Tabla No. 31. Resultados de la Escala de Automedición de la depresión de Zung.

ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE MOOS.

REACTIVOS	NO	Si ocasionalmente	Si con Frecuencia
1.Trató de entender mejor la situación.	4.8	16.1	79.0
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar.	6.5	14.5	79.0
3.Platicó con un amigo sobre el problema.	61.3	14.5	24.2
4.Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote).	75.8	8.1	16.1
5.Rezó para encontrar guía o fortaleza.	25.8	22.6	51.6
6.Se preparó para lo peor.	38.7	24.2	37.1
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería.	24.2	25.8	50.0
8.Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona.	69.4	17.7	12.9
9.Trató de verle el lado positivo a la situación.	4.8	27.4	67.7
10.Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa.	29.0	21.0	50.0
11.Elaboró y siguió un plan de acción	43.5	19.4	37.1
12.Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.	19.4	21.0	59.7
13.Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.	38.7	21.0	40.3
14.No demostró sus sentimientos.	27.4	19.4	53.2
15.Tomó las cosas con calma, una por una, de acuerdo a como se presentaron.	9.7	30.6	59.7
16.Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad.	41.9	24.2	33.9
17.Analizó repetidamente el problema para tratar de entenderlo.	6.5	19.4	74.2
18.Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.	41.9	11.3	46.8
19 Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor.	19.4	22.6	58.1
20.Se alejó momentáneamente del problema.	48.4	19.4	32.3
21.Supo lo que se tenía que hacer y luchó para lograrlo.	22.6	22.6	54.8
22 En general, evitó estar cerca de la gente.	56.5	11.3	32.3
23.Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez.	6.5	19.4	74.2
24.Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.	46.8	17.7	35.5
25 Lo aceptó, nada se podía hacer.	30.6	17.7	51.6
26.Demostró sus sentimientos de alguna manera.	16.1	21.0	62.9
27.Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares.	59.7	14.5	25.8
28.Intentó o se comprometió a sacar algo positivo de la situación	21.0	16.1	62.9

Tabla No. 32. Porcentajes de respuestas a los reactivos de la Escala de Estilos de Afrontamiento.

Como podemos observar en la tabla anterior, las adolescentes embarazadas estudiadas utilizan en general estilos de afrontamiento centrado en el problema, pues los reactivos que señalaron con más frecuencia fueron: trató de entender mejor la situación, platicó sobre el problema con el cónyuge u otro familiar, trató de verle el lado positivo a la situación, analizó repetidamente el problema para tratar de entenderlo, se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez, demostró sus sentimientos de alguna manera y por último intentó o se comprometió a sacar algo positivo de la situación.

Así mismo podemos decir que también utilizan afrontamiento evitativo, puesto que sólo ven el problema hacia fuera, pero no llevan a cabo acciones para una solución, (en la medida de sus posibilidades) al problema que se les presentaba, así vemos que hubo un porcentaje alto en reactivos tales como: rezó para encontrar guía o fortaleza; no se preocupó, pensó que todo se resolvería; para olvidarse de la situación se mantuvo ocupada en otra cosa; en general evitó estar cerca de la gente; y por último lo aceptó nada se podía hacer. Esto lo podemos reforzar con los porcentajes altos en cuanto a la respuesta No de los reactivos: Elaboró y siguió un plan de acción y buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares.

Factorialmente la Escala de Estilos de Afrontamiento de Moos, se formó por 5 factores, debido a que el programa estadístico utilizado, tomó en cuenta la relación entre los reactivos que mostraron más alta correlación. El Factor 1, está compuesto por 9 reactivos, los cuales se han denominado: Afrontamiento Cognitivo Activo y Centrado en el problema.

R E A C T I V O S	FACTOR 1
11. Elaboró y siguió un plan de acción.	.41771
12. Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.	.70478
15. Tomó las cosas con calma, una por una de acuerdo a cómo se presentaron.	.64035
18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.	.64438
19. Se dijo a sí misma cosas que la ayudaron a sentirse mejor.	.47602
21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo.	.43889
28. Demostró sus sentimientos de alguna manera.	.77670
4. Habló con algún profesionista (médico, abogado, sacerdote).	.44486
9. Trató de verle el lado positivo a la situación.	.57257

Tabla No. 33. Cognoscitivo Activo.

El Factor 2, conformado por 6 reactivos, se denominó Afrontamiento Evitativo.

R E A C T I V O S	FACTOR 2
1. Trató de entender mejor la situación.	.60756
10. Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa.	.71469
16. Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad.	.64904
17. Analizó repetidamente el problema para tratar de entenderlo.	.42104
20. Se alejó momentáneamente del problema.	.55384
7. No se preocupó, pensó que todo se resolvería.	.69055

Tabla No. 34. Afrontamiento Evitativo.

El Factor 3, compuesto por 6 reactivos, fue denominado Afrontamiento Cognoscitivo Activo.

R E A C T I V O S	FACTOR 3
14. No demostró sus sentimientos.	.76887
2. Platicó sobre el problema con el cónyuge y otro familiar.	.59062
23. Se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez.	.34785
24. Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.	-.50481
25. Lo aceptó, nada se podía hacer.	.45032
6. Se preparó para lo peor.	.47394

Tabla No. 35. Centrado en el problema.

El Factor 4, se conformó por 4 reactivos, y se le llamó Afrontamiento dirigido a la Descarga Emocional.

R E A C T I V O S	FACTOR 4
13. Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.	.50159
22. En general evitó estar cerca de la gente.	.62724
5. Rezó para encontrar guía o fortaleza.	.57517
8. Cuando se sintió triste o enojada se Desquitó con otra persona.	59917

Tabla No. 36 . Afrontamiento dirigido a la Descarga emocional.

El Factor 5, compuesto por tres reactivos y se le llamó Afrontamiento Centrado en las Emociones.

R E A C T I V O S	FACTOR 5
26. Demostró sus sentimientos de alguna manera.	.56170
27. Buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares.	.67383
3. Platicó con un amigo sobre el problema.	72350

Tabla No. 37. Afrontamiento Centrado en las Emociones.

De acuerdo a los resultados que nos muestra la tabla, observamos que el 28.67% de las adolescentes no utilizaron el Afrontamiento Cognoscitivo Activo y Centrado en el Problema; el 19.9% lo utilizaron ocasionalmente y el 51.66% lo utilizaron con frecuencia. En cuanto al estilo de Afrontamiento Evitativo, el 25.8% de las jóvenes no lo utilizaron; el 20.98% ocasionalmente y el 53.23% lo utilizaron con frecuencia. Referente al estilo de Afrontamiento Cognoscitivo Activo, el 26.08%, de las adolescentes no lo usaron; el 18.81%, lo usaron ocasionalmente y el 55.1% lo usaron frecuentemente. El estilo de Afrontamiento dirigido a la descarga emocional, no fue utilizado en el 47.6%; el 18.15% lo usó sólo ocasionalmente y el 34.27% frecuentemente. Por último el Afrontamiento Centrado en las emociones, presentó un porcentaje de no haber sido usado de 45.6%; mientras el 16.66% lo utilizó ocasionalmente y el 37.63% frecuentemente.

CORRELACIONES.

El Cuestionario General de Salud se correlaciona con la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, con .491, esta correlación es moderada, con una significancia alta de .000.

DISCUSION.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos observar que la mayoría de las adolescentes respondieron tener pareja en el momento de la entrevista; es importante señalar que esta vida en pareja se dio a raíz del embarazo y que el compañero contaba con un empleo teniendo la posibilidad de enfrentarlo; además la mayoría de ellos tenían 18, 19 y 22 años de edad, encontrándose dos casos de 17 años y un caso de 33 años. Atkin, Givaudan, (1989); Ehrenfeld, (1991), mencionan que los compañeros de las adolescentes en general también son adolescentes y jóvenes (2 ó 3 años mayores que las chicas); y buena parte de ellos trabajaba desde el embarazo y un menor número seguía estudiando. En cuanto a la escolaridad de la pareja de la adolescente embarazada encontramos una similitud con el nivel de ella, ya que el promedio también es de 9 años y sólo hubo un caso con 16 años de escolaridad. El CORA (1989), encontró que en el momento del parto, más de la mitad de las jóvenes estaba en pareja; aún entre las que están solteras al embarazarse, todavía es común que la pareja inicie la cohabitación durante o después del embarazo. La respuesta del compañero ante el embarazo y los factores que la determinan son muy reveladores para entender el contexto de esta situación en México; Atkin y Alatorre (1991), encontraron que entre un grupo de adolescentes solteras embarazadas, la respuesta del compañero durante el embarazo fue positiva o muy positiva en 70% de los casos, 57% de las parejas había iniciado una unión –de éstas, 54% era legal y 46% consensual-, aún en las que permanecieron solteras, 48% continuaba una relación con el padre.

Con relación a la escolaridad de la adolescente embarazada, en los datos obtenidos encontramos que la mayoría tenía 9 años o menos de estudios y estos habían sido abandonados aún antes del embarazo, siendo su ocupación en el momento de la entrevista, el hogar. El grado de escolaridad más alto fue de 14 años, en un sólo caso, y el más bajo fue de 3 años en dos casos. Hay una diferencia con el estudio realizado por parte de Ehrenfeld (1991), donde encontró que la escolaridad promedio de las adolescentes que ya habían tenido un hijo o estaban embarazadas es de 7.2 años. Por otra parte si es coincidente lo que mencionan Pick, Atkin y Karchmer, (1988), quienes al respecto dicen que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela y se dedican al hogar. Algunos informes de programas educativos con adolescentes embarazadas en la ciudad de México, de Corona y cols., (1988), afirman que la mayoría no estudiaba ni trabajaba antes del embarazo. Estévez y Atkin (1990), mencionan que las adolescentes urbanas mexicanas que habían abandonado la escuela antes del embarazo estaban en mayor desventaja frente a las que habían dejado de estudiar durante el embarazo o continuaban sus estudios durante el tercer trimestre, provenían de familias más pobres, con menores expectativas académicas y laborales, menor autoestima y asertividad, menor comunicación con la madre, no obstante aceptaban el embarazo con mayor facilidad.

En lo referente a la integración y apoyo familiar ante el embarazo adolescente los resultados fueron altos en cuanto a la ausencia de la figura paterna, ya que ésta fue del 50%; y en ocasiones se encontró que la madre tenía otra pareja en un porcentaje menor que el padre; derivándose de estas nuevas uniones y hermanos de diferentes progenitores. Coincidiendo con Atkin y Pick (1989), quienes observaron que existe relación entre el embarazo adolescente y las familias con un solo progenitor y que a menudo es una madre soltera, viuda o divorciada. Sin embargo existía la presencia de la madre, en mayor porcentaje, quien de acuerdo a nuestros resultados presentaba una edad promedio de 40.5 años, lo cual muestra una mayoría de madres jóvenes pero no adolescentes; lo anterior difiere a lo expuesto por Pick, Atkin y Karchmer, (1988), quienes mencionan que es más frecuente encontrar que la madre de la adolescente fue a su vez madre adolescente. Asimismo ésta daba el apoyo ante la situación de embarazo y en varios casos esta ayuda era también brindada por los padres del joven adolescente.

Lo anterior se asemeja a lo expuesto por Atkin y Alatorre (1991), quienes estudiaron en México la respuesta familiar ante el embarazo y mencionan que parece ser menos desfavorable de lo que podría haberse anticipado; entre adolescentes solteras que se embarazaron, casi todas recibieron apoyo instrumental de sus familias en forma de vivienda y alimento; el 70.9% y 57.5% respectivamente percibían como favorable o muy favorable el apoyo emocional que sus progenitores les brindaron durante el tercer trimestre de embarazo.

En este estudio se encontró un porcentaje de 37.1% de adolescentes embarazadas que vivían en forma independiente; resultado que coincide con lo reportado por Ehrenfeld (1992), donde observó que entre 35 y 47% de las jóvenes unidas o casadas vivían en pareja en forma independiente de sus familiares.

Respecto al tipo de población de donde provienen las adolescentes embarazadas, los resultados mostraron que el porcentaje mayor fue del área urbana con 72.6%, mientras que el 27.4%, correspondió al área rural. Las adolescentes del área rural mostraron durante la entrevista mejor disposición ante el hecho de estar embarazadas; lo cual concuerda con el estudio realizado por Atkin, Ehrenfeld y Pick, (1996), el cual señala que se mantienen diferencias entre el medio urbano y rural, ya que las adolescentes rurales aún tienden a tener mayor número de hijos. Por su parte Welti (1987), menciona que la escolaridad y la ruralidad son factores importantes asociados con la maternidad temprana; los sectores donde predomina ésta, corresponden a mujeres sin escuela (60% de los casos), y también a mujeres que viven en comunidades rurales (de menos de 2,500 habitantes).

Referente al tiempo gestacional de las adolescentes, cuando éstas fueron captadas para la entrevista, éste era en su gran mayoría a partir del tercer trimestre de embarazo; presentándose sólo un caso de 10 semanas. Esto nos indica que las adolescentes que se embarazan acuden a solicitar atención ginecobstétrica, cuando el embarazo está avanzado. Ehrenfeld, (1991), observó que según los datos obtenidos en México, no se puede precisar si las adolescentes acuden en forma tardía a consulta. Existe cierta confusión porque suele tomarse en cuenta la edad gestacional cuando se presentan a consulta en el hospital donde van a dar a luz. Pero el hecho es que no necesariamente es en los hospitales donde se realiza la primera consulta prenatal; así en un hospital público urbano de 2º nivel como el Gea González, 83.9% de las jóvenes tuvo atención prenatal al momento de acudir al hospital y 56.7%, tuvo la primera revisión en un centro de salud. En los hospitales rurales la proporción es aún más alta (90.8%); el porcentaje de adolescentes que acudió por primera vez a un centro de salud fue de 31.5%, 34.3% la tuvo en el mismo hospital en que se atendió el parto. En una proporción importante, la primera revisión prenatal ocurre en un consultorio particular (casi 17% en el hospital urbano y 25% en el rural).

Los datos recabados en cuanto a la edad de la menarca, mostraron que el promedio de edad es de 12 años, siendo de 9 años la de menor edad en un solo caso y de 15 años la de mayor edad, con 2 casos. Estudios relacionados con las relaciones sexuales y la adolescente, mencionan que son diversos los factores individuales de ésta, relacionados con el inicio, frecuencia y el impacto de las relaciones sexuales: la madurez física y sexual marcada por la menarca. Así como la edad promedio de la menarca en 1886, era de 15.5 a 16.5 años en la zona urbana, mientras que recientemente esta edad, en diversos países, se reporta entre 12 y 13.5 años. (Hofmann, 1984); lo que representa un descenso de la edad de la menarca de 4 meses por década. Por ello, es posible que los cambios en la conducta sexual sean en parte atribuibles a estos cambios biológicos. (Tolbert, 1988).

La edad de inicio de las relaciones sexuales encontrada fue en su mayoría de 16 años, encontrándose 3 casos de inicio de 13 años, y sólo 6 de 18 años. En México, los datos disponibles de diversas encuestas muestran que la actividad sexual premarital es relativamente común. En una encuesta hecha en la ciudad de México en 1988, por Pick, Díaz Loving, Andrade-Palos, Atkin; muestran que el 16% de las adolescentes entre 12 y 19 años, afirmaron haber tenido relaciones sexuales.

El número de compañeros sexuales informado por las adolescentes fue mayormente de un solo compañero. Sin embargo hubieron 10 casos con dos compañeros, un caso con tres compañeros y un caso con 4 compañeros. Marcelli y cols., (1986), reportan que el 8% de los varones continúa con la misma compañera sexual, frente al 29% de las mujeres. Mc Creary y cols., (1986), describen que una de las posibles causas por las que los jóvenes no permanecen mayor tiempo con la misma compañera, es que la práctica sexual se presenta como una forma de afirmación de su heterosexualidad, mientras que en las mujeres esto se lleva a cabo como una forma de competir con las actividades de los varones, por la presión de sus parejas y la mayoría de las adolescentes considera que estar enamorada es una condición importante para una relación sexual. Por su parte Morris y cols (1988) plantean que el significado de la sexualidad se ve afectado en parte por los modelos de papeles prevalentes para las mujeres y los hombres, los cuales varían tanto en diferentes momentos históricos como en diferentes subgrupos dentro de una misma cultura.

El número de abortos que refirieron las adolescentes haber tenido en embarazos anteriores, fue de cinco, que corresponde al 8.1%, el 91.9% restante no habían pensado en él. Langer y Tolbert, (1996), mencionan que ante la existencia de embarazo, las adolescentes se enfrentan a la necesidad de decidir si llevaran el embarazo a término o si optarán por el aborto. La alternativa de aborto inducido es una opción real, pero está matizada por dificultades y ambivalencias, y agravada por la clandestinidad con la que se realiza en nuestro país.

El uso de anticonceptivos mostrado por las adolescentes entrevistadas fue de un 54.8% que si los utilizaron y el 45.2% no los usaron, debido a: mala información en un 36.7%; miedo en un 13.3%; olvido o descuido en un 13.3%; porque no quiso usarlos un 26.7%; y porque no tenía información el 10%. Atkin, Ehrenfeld y Pick (1996), indican que como sociedad, es esencial considerar los mensajes transmitidos sobre lo adecuado del uso de métodos anticonceptivos, a pesar de que no exista una relación formal. El uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes es algo que todavía la sociedad ve mal, aún cuando, contradictoriamente muchos adultos se asombran de que tantas adolescentes se embaracen por no haber hecho algo para evitarlo. Dado el rechazo típico de la sociedad a que los jóvenes tengan vida sexual activa, no sorprende que los mensajes sociales sobre los anticonceptivos sean ambivalentes o de franco rechazo. Pick y cols , (1988), indican que en cuanto a los conocimientos sobre la sexualidad, el embarazo, la anticoncepción y otros temas afines, existen grandes limitantes y dilemas para las adolescentes mexicanas. Sobresale un alto nivel de creencias erróneas entre las que destacan la de que una mujer no se puede embarazar la primera vez que tiene relaciones sexuales, ni si las tiene esporádicamente; que, en cambio, puede embarazarse por usar un baño público, y que los anticonceptivos ocasionan infertilidad y otras enfermedades. Ehrenfeld, (1992), señala que en apariencia, la mayoría de las adolescentes saben que existen métodos para no embarazarse, pero menos de la mitad de ellas conoce el uso correcto de los anticonceptivos y más del 90% no utilizó método alguno en su primera relación sexual. Las principales razones por las que las adolescentes no usan anticonceptivos son: lo inesperado de la relación sexual (Atkin, Givaudan, 1989; Morris y cols, 1988; Valenzuela y cols., 1989), y el deseo o miedo de un embarazo. (Atkin, Givaudan, 1989).

Además, más de la cuarta parte de las jóvenes declaró haber abandonado el primer método por haber experimentado efectos colaterales (Ehrenfeld, 1992; Zúñiga, 1991). Por su parte Rodríguez, Rivas y Amuchástegui (1992) estudiaron la percepción de los jóvenes acerca de las relaciones sexuales, este es visto como un tema prohibido, ya que solicitar información se considera una muestra del deseo de practicar las relaciones sexuales; la consigna generalizada es que se relaciona el saber y la información con el aumento del deseo sexual.

Como consecuencia se confirma lo que Welti en su estudio en 1995 señala, que la fecundidad temprana es un patrón importante en nuestro país, pues 37% del total de las mujeres en edad reproductiva han tenido su primer hijo antes de los 20 años. De los nacimientos anuales, 16% corresponden a madres menores de 19 años, y una cuarta parte de los atendidos en hospitales de maternidad comprende mujeres menores de 20 años.

La fuente de información acerca de los anticonceptivos que reportaron las adolescentes fue principalmente proporcionada por la escuela, amistades y madre. Según Stykos (1989), los jóvenes adolescentes aprenden sobre los anticonceptivos fuera de la escuela y a temprana edad; 70% de los alumnos sabían que existían formas de evitar el embarazo desde los 11 años de edad. Sin embargo, mucho de lo que aprenden por este conducto es erróneo y debería corregirse en los cursos escolares de educación sexual con una actitud más favorable hacia los métodos anticonceptivos. Pick y Vargas-Trujillo (1990), mencionan que en muchos países los jóvenes han adquirido los conocimientos acerca de la fecundidad y los métodos anticonceptivos a través de sus amigos y de los medios de comunicación.

En los resultados obtenidos en el Cuestionario General de Salud de Goldberg, se observó que un 75.8% de la población estudiada no requería de atención psicoterapéutica, es decir, no se encontraron alteraciones emocionales severas. Romero y Medina-Mora (1987), señalan en un estudio llevado a cabo con adolescentes, en donde se aplicó el Cuestionario General de Salud, que muchos de los jóvenes no presentan cuadros claros o inequívocos de neurosis o psicosis iguales a los de los adultos; existen equivalentes tanto somáticos como emocionales de la depresión. Estos equivalentes somáticos pueden incluir fatiga, dolor, dispepsia, náusea, mal sabor de boca, constipación e irritabilidad. Los equivalentes emocionales son la fagomanía, el aburrimiento, la anergia, la hipocondriasis, la atención difusa y la búsqueda constante de placer y estimulación.

Los resultados obtenidos de la Escala de Automedición de la Depresión de Zung, nos muestran que sólo el 43.5% de las adolescentes embarazadas presentaban depresión. Los niveles fueron diversos desde mínima o ligera con un 33.9%; el 6.4% con depresión moderada o marcada y 3.2% con depresión severa o extrema. Estos datos coinciden con lo expuesto por Aldana y Atkin (1990), citados por Faure, (1993), referentes a que a pesar de la problemática que presenta un embarazo para una adolescente soltera, las jóvenes estudiadas manifestaron niveles bajos o moderados de depresión no llegando a puntajes suficientemente altos para ameritar un diagnóstico de depresión severa. Esto pudiera reflejar, lo que se ha observado en los datos cualitativos obtenidos con adolescentes similares que suelen idealizar su situación durante el embarazo negando la problemática en la que se encuentran (Fernández MacGregor; Arcelus de Diego; Atkin y Pineda, 1988). Fue más importante para el estado anímico de la adolescente, el apoyo de su familia que los apoyos provenientes de otras fuentes como el compañero y la familia del mismo. Esto probablemente se deba al arraigo cultural de la dependencia familiar en México (Díaz Guerrero, 1982), así como al hecho de que todas las adolescentes en el estudio se embarazan estando aún en el seno familiar.

Aldana y Atkin, citados por Faure (1993), estudiaron la depresión durante la gestación en 172 adolescentes embarazadas mexicanas y concluyeron que aunque esperaban que estas adolescentes sufrieran depresión aguda o severa no fue así; observándose niveles bajos. Sin embargo, las jóvenes que tenían mayor depresión eran aquellas con características menos favorables como: menor asertividad, autoimagen inadecuada, mayor tendencia a conductas antisociales, sentimientos de culpabilidad por los problemas de su familia, relación desfavorable con la suegra y con el padre, menor apoyo de la familia de origen y vivir en condiciones de hacinamiento. En resumen, consideraron que las áreas de mayor influencia en la presencia de la depresión eran la de la personalidad y la sociodemográfica.

El estudio de Barnet y cols., (1996), encontró que los síntomas depresivos son comunes entre adolescentes embarazadas en el tercer trimestre y en el 2º. Y 4º. mes después del parto. Lo anterior no concuerda con los resultados obtenidos por este estudio.

Las adolescentes embarazadas estudiadas mostraron utilizar Estilos de Afrontamiento Centrado en el Problema y Evitativo principalmente, lo que nos indica que están ubicadas en el problema y existen los intentos para manejar los eventos estresantes; es decir ensayan mentalmente acciones posibles y sus consecuencias. Pero al existir también un porcentaje alto de Estilo de Afrontamiento Evitativo, se refleja la conducta de negar o minimizar la seriedad de la crisis o de reducir las tensiones emocionales.

Moss (1986), menciona que la adolescente embarazada, desde el primer momento de la gestación se está adaptando y modificando su actitud; el grado de adaptación se determina por una serie de variables entre las que figuran: la personalidad, la visualización de sí misma como madre, las relaciones con su propia madre, si el embarazo fue deseado o no, las relaciones con la pareja, las experiencias pasadas y ciertos estresores adicionales. Esto refuerza la mayoría de porcentaje presentado en los Estilos de Afrontamiento, donde observamos que las adolescentes tienen bien claro mentalmente el no embarazarse, pero no llevan a cabo acciones preventivas efectivas; esto es más obvio cuando observamos que el 90.3% no planeó, ni deseó el embarazo.

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. Utilizan pocos estilos de afrontamiento, los cuales son generalmente adaptativos, pero mínimamente eficaces. Las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por las adolescentes embarazadas son: descarga emocional, distracción, relajación, aislamiento, y buscar ayuda o hablar con alguien. 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 estilos de afrontamiento con mayor frecuencia que las adolescentes que presentan bajos niveles. 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 solucionarla.

Pick y cols. (1996), mencionan que las características personales de las adolescentes que se embarazan han mostrado que tienen menos habilidades para planear sus actividades a futuro, una baja autostima y recurren al afecto como medio para alcanzar sus metas.

González (1996), encontró que la mayoría de las adolescentes habían abandonado sus estudios antes de haberse embarazado, una cuarta parte continuaba estudiando y una pequeña proporción abandonó sus estudios después de haberse embarazado; esto coincide con lo encontrado en la presente investigación, ya que 69% de las adolescentes embarazadas suspendieron sus estudios antes del embarazo, no así con el porcentaje de las que continuaron sus estudios ya que no hubo ningún caso de continuación de estudios.

En lo referente a la ocupación de las adolescentes embarazadas, vemos una vez más la similitud con nuestros resultados, debido a que en general, en ambos estudios, se dedican al hogar. Esto refuerza nuestra teoría de que para la adolescente el matrimonio y el embarazo pueden ser la única expectativa de vida, *por lo que puede representar un evento esperado.*

Así, en cuanto al nivel socioeconómico estudiado por González, podemos observar existe una igualdad en el nivel medio bajo, puesto que el padre del niño de nuestro estudio ocupaba mayormente puestos de oficios, además de que solicitaban el apoyo del servicio médico de una institución pública.

Tocante a la integración familiar, González C., señala que el embarazo en adolescentes se presenta tanto en familias integradas como en familias desintegradas casi en la misma proporción. *En nuestro estudio la información encontrada fue de una mayoría de familia desintegrada, debido a que la figura paterna estuvo ausente en un 51.6%. Un componente que nos puede hablar de un apoyo familiar, fue que las familias de ambos adolescentes brindaron el apoyo de vivienda, en un porcentaje de 62.9%.*

En relación al conocimiento de métodos anticonceptivos, la información referida en González, es coincidente con el presente estudio, ya que la mayoría de las adolescentes conocían de métodos anticonceptivos; sin embargo el uso de ellos fue mayor en el presente caso, aunque fue inadecuado.

Referente a los estilos de afrontamiento que utilizan las adolescentes, en el estudio de González, éstos en general están dirigidos al problema y a las emociones. En los resultados de nuestro estudio hay una coincidencia, puesto que el estilo de afrontamiento predominante es el Centrado en el Problema. En lo que no existe coincidencia es en el aspecto de que las adolescentes del estudio ya mencionado, presentan mayor salud emocional aquellas que tienden a dirigirse al problema, pues presentan menores rasgos de ansiedad. Las que tienen mayor ansiedad, son las que tienden a evitar el problema. En nuestro estudio se encontró que los estilos de afrontamiento predominantes son el Centrado en el Problema y el Evitativo, a pesar de esta discrepancia, las adolescentes no presentaron una inestabilidad emocional, ni una depresión que ameritara una intervención psicoterapéutica urgente.

CONCLUSIONES.

Los resultados de esta investigación nos permiten concluir:

- Los conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos eran vagos, lo que aunado a los estilos de afrontamiento que presentan (centrado en el problema y evitativo), las colocaba en una situación más propensa al embarazo.
- Los porcentajes de depresión eran moderados, probablemente debido a que la maternidad en el tipo de población estudiada, es el estilo de vida más socialmente aceptado.
- El Cuestionario General de Salud, mostró una población de adolescentes embarazadas mentalmente sanas, ya que fue una mínima parte de ésta la que requería de atención psicoterapéutica urgente.
- La depresión que presentaron las adolescentes embarazadas tiene una correlación significativamente alta con lo encontrado mediante el cuestionario general de salud; lo cual nos dice que las adolescentes mentalmente sanas no estaban deprimidas y por lo tanto no requerían de un apoyo psicoterapéutico.
- La depresión se correlaciona con el estilo de afrontamiento evitativo, ya que no hay una acción efectiva para enfrentarla.
- El estilo de afrontamiento centrado en el problema, nos habla de una estructura mental capaz de visualizar el problema, esto se relaciona con los resultados arrojados en el cuestionario general de salud, ya que en la mayoría de la población estudiada, no hay una necesidad de apoyo psicoterapéutico; lo que nos indica una adecuada salud mental, así también hay una capacidad de resolver las situaciones que se presentan.
- Los estilos de afrontamiento, la depresión y los resultados del cuestionario general de salud encontrados nos muestran una población mental y emocionalmente sana; pero sin la capacidad de poder romper con los patrones familiares, culturales y sociales para lograr un mejor estilo de vida, que les permita acceder a mejores niveles de estudio, buenas oportunidades de trabajo y en general buenas opciones de vida.

SUGERENCIAS.

- Realizar investigaciones que contemplen el nivel socioeconómico alto y a adolescentes embarazadas sin pareja, ya que sería muy enriquecedor poder comparar los datos en los diferentes niveles y situaciones de pareja.
- Dar mayor apoyo a las instituciones que se dedican a la orientación y educación de los adolescentes con el fin de prevenir el embarazo. Compartiendo e intercambiando con ellas la información obtenida de investigaciones en el tema, buscando así que la orientación y educación tenga bases más sólidas.
- Hacer partícipes a los padres de los adolescentes en esta orientación, con el fin de aumentar los esfuerzos que se llevan a cabo por las instituciones.
- Incluir al varón adolescente tanto en la prevención del embarazo, como en el embarazo mismo, buscando fortalecer la relación de pareja.
- Fomentar en los estados de la República la investigación, información y educación en este tema, buscando llegue a la mayor población involucrada posible.
- Revisar y actualizar los programas que manejan las instituciones que están involucradas en este fenómeno, para que desarrollen más efectivamente su labor.
- Brindar apoyo y orientación a la adolescente una vez que hayan tenido a su hijo, buscando fortalecer el vínculo madre-hijo, así como una mejor adaptación a su papel de madre.
- Realizar un estudio comparativo entre adolescente embarazadas y adolescentes no embarazadas con el fin de conocer si la integración familiar es un factor determinante para el embarazo adolescente.
- Informar a los adolescentes sobre métodos anticonceptivos a través de los medios masivos de comunicación, procurando que sea accesible a la realidad del adolescente.
- Llevar a cabo una investigación con adolescentes embarazadas en distintas etapas de gestación con el fin de conocer los diferentes niveles de depresión en los periodos durante el embarazo y postparto.
- Investigar la incidencia y la efectividad de los actuales programas de información sexual y prevención del embarazo dirigidos a los adolescentes.

LIMITACIONES.

Durante la presente investigación se presentaron limitaciones como:

- Dificultad para aplicación de instrumentos y de entrevista en los dos primeros trimestres del embarazo, debido a que las adolescentes generalmente acuden a recibir atención médica en el último trimestre de la gestación.
- La bibliografía referente a los instrumentos es difícil de conseguir, ya que sólo cuentan con ella en los institutos especializados en el tema, y en la facultad de Psicología y las bibliotecas de las Universidades difícilmente la tienen al acceso.
- Existe poca participación de la pareja de la adolescente embarazada, durante la entrevista y la aplicación de los instrumentos, y consideramos que sería muy enriquecedor poder realizar un estudio similar, pero con los adolescentes, parejas de las muchachas embarazadas.

BIBLIOGRAFIA GENERAL.

- Aberastury A. y Knobel (1978). La Adolescencia Normal. Buenos Aires: Paidós.
- Annis L. (1982). El niño antes del nacimiento. Barcelona: Paidós.
- Atkin L.C. (1989). El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe: Causas y Consecuencias Psicosociales. Memoria de la Conferencia Internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe. Oaxaca, México. Noviembre.
- Atkin L.C., Alatorre J. (1992). Pregnant again ? : Psychosocial predictors of repeat pregnancy among mexican adolescence. Journal of Adolescent Health. 13 700-706.
- Atkin L.C., Pick S. (1989). Antecedentes Psicosociales del Embarazo en Adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana.
- Ausubel D.P. (1989). Familia y Sexualidad. Buenos Aires: Paidós.
- Avila R.M. y Pérez V.M. (1994). Estimulación afectiva en la relación madre-hijo en el período de lactancia. Tesis de licenciatura. ENEP-Iztacala, UNAM.
- Azcárraga G. (1978) Sexualidad Básica. México: Prensa Médica Mexicana.
- Barnet M.D; Joffe M.D; Duggan S.D Wilson, M.D., Repke M.D. (1996). Depressive Symptoms, Stress, and Social Support in Pregnant and Postpartum Adolescents. Arch. Pediatric adolescent Med. 150, 62-68.
- Beardslee W. R, Zuckerman B, Amaro H, McAllister M. Depression among adolescent mothers: a pilot study. Dev. Behavior Pediatrics. 9, 62-65.
- Berman G. (1984). La Psicoterapia de la niñez a la senectud. México: Paidós.
- 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.
- Blos P. (1971). Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Joaquín Mortiz.
- Bobadilla Fernández J.L., Schlaepfer Pedrazzini F., Alagon J. (1990). Patrones de Reproducción y mortalidad en la infancia. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

Bolton F.G. Jr. (1980). The Pregnant adolescent. Beverly Hills: Sage Publications.

Comfort A. (1980). El adolescente, sexualidad, vida y crecimiento. España: Blume.

Consejo Nacional de Población, CONAPO (1988). Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior. Avances de Investigación. México.

CORA (1989). Perfil de las adolescentes embarazadas menores de 18 años del Hospital de la Mujer. Informe preliminar. Octubre.

Corona E., Gribble J., Eherenfeld N., Benson J., Townsend J. (1988). A study to evaluate the quality of care in comprehensive model of service delivery to adolescent mothers in a México City hospital. Final Technical Report. Asociación Mexicana de Educación Sexual. Marzo.

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

De Anda D., Javidí M., Jefford S., Kamoroaski R., et. al. (1991). Stress and coping in adolescence: A comparative study of pregnant adolescents and substance abusing adolescents. Journal of Adolescent social work. 13, 3, 171-182.

Diccionario Enciclopédico Larousse. (1985). México.

Duarte M. (1988). Embarazo en Adolescente soltera. Sexualidad en la Adolescencia. Asociación Mexicana de Psicología Social. Bogotá

Ehrenfeld N. (1991). Análisis de los datos de la investigación "atención a la embarazada adolescente". Hospital General Manuel Gea González y UAM-Iztapalapa. México.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (1992). México.

Erikson E. (1976). Infancia y Sociedad. Argentina: Paidós.

Estevez P., Atkin L.C. (1990). El significado del abandono escolar para la adolescente embarazada. La Psicología Social en México. 3 87-90.

Fauré. (1993). Factores Psicosociales del embarazo en la adolescente. Revisión de algunos estudios latinoamericanos. Revista Mexicana de Psicología Social. 10,1,75-84.

Fernández-Mac.Gregor A., Arcelus de Diego M., Atkin L.C. y Pineda L. (1988). Adolescente embarazada: relación de pareja y apoyo familiar. La Psicología Social en México. Asociación Mexicana de Psicología Social. México. 2, 357-363

Freud S. (1917). Duelo y Melancolía. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud A., Osterrieth P., y Piaget, J. (1977), El Desarrollo del Adolescente. Buenos Aires: Paidós.

Giraldo Neira O. (1986). El Psicólogo como Sexólogo en Colombia: su formación y problemas en el ejercicio profesional. Revista Mexicana de Sexología. 1 (1) 97-111.

González C. (1996). Adolescentes embarazadas: ansiedad y estilos de afrontamiento. Tesis Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

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 F. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis Maestría, Fac. de Psicología, UNAM.

González F., Morales C. y Gutiérrez C. (1991). Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: un estudio comparativo. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Gordon C. (1996). Adolescent decision making: a broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. Adolescence. 31, 123, Libra Publishers.

Guevara A.K. (1992), Satisfacción Marital: su relación con el autoconcepto y depresión de madres adolescentes. Tesis de licenciatura, UIA.

Hofmann A.D. (1984). Contraception in Adolescents: a Review 1: Psychosocial aspects. Bulletin of the World Health Organization. 62, 151-162.

Horrocks J.E. (1984) Psicología de la Adolescencia. México: Trillas.

Horwitz S.M., Klerman L.V., Kuo H.S., Jekel J.F. (1991). Intergenerational Transmission of school-aged parenthood. USA: Fam Plann Perspect.

Hurlock E. (1970). Psicología de la Adolescencia. New York: Interamericana.

Ibañez B. (1984). Factores Psicosociales y familiares del embarazo en adolescentes solteras. Revista Mexicana de Psicología. 1, 1, 72-78. Ene-Jun.

INEGI (1996). Conte 95 de población y vivienda. Tabulados básicos. Tomo 1 Veracruz. México.

Jag M.S. et al. (1989). Obediencia de las adolescentes a los regímenes anticonceptivos. Clinicas pediátricas de Norteamérica. 36 (3) 789-806.

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), 179-182.

Kolb L. (1989), Psiquiatría Clínica Moderna. México: La Prensa Médica.

Krauskopf D. (1989). Fecundidad Adolescente, efectos individuales y determinantes cercanos: estudios de casos. Efectos demográficos de grandes proyectos de desarrollo. CELADE/CEDEM, Costa Rica.

Langer A. y Tolbert K. (1996). Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México. México: EDAMEX.

Lars F. (1982). Aspectos Psicosociales de la Depresión. México: FCE.

Macy C. y Falkner F. (1980). Embarazo y nacimiento. México: Tierra Firme.

McCary (1987). Sexualidad y Reproducción de McCary. México: Manual Moderno.

Marcelli D. Braconnier A. Ajuria Guerra J. (1986). Psicopatología del Adolescente. Manual de Ajuria. México: Masson.

Martín A. (1978). Embarazo, parto y recién nacido. Barcelona: Plaza y Janès.

Martínez J.; Morales M. (1995). Fuentes de estrés, reacciones psicofisiológicas y estilos de afrontamiento en técnicos de urgencias de la Cruz Roja. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Martínez R. (1985). La farmacodependencia en el adolescente como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Psicología.

Mc Creary A.J. et al. (1986). Adolescent attitudes and beliefs about sexual behavior. Child and Adolescent Social Work. 3 (3) 177-193.

McKenry P.C., Walters L.H. y Johnson C. (1979). Adolescent pregnancy: a review of the literature. The family coordinator 23, 1, 17-28.

Millis D.E. (1977). El adolescente y el sexo. México: V Siglos.

Moos R.H. y Billings A.G. (1982), Conceptualizing and measuring coping resources and processes. en L.Goldeberger y S. Breznitz. Handbook of stress: Theoretical aspects. London: The free press.

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

Morris L. Nuñez L., Monroy A., Bailey P., Cárdenas C., Whatley A. (1988). Sexual Experience and Contraceptive use among young adults in México City, International Family Planning Perspectives. 14,4,142-146. Diciembre.

Nolen-Hoeksema (1990). Sex differences in depression. California: Board of Trustees.

Noyes y Colb (1989). Psiquiatría Clínica Moderna. México: Prensa Médica.

Núñez L., Morís L., Bailey P., Monroy A., Cárdenas C., Whatley A. Resumen de resultados: encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes. III Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. México.

Papalia D. y Olds S. (1988). Desarrollo Humano. México: Mc Graw Hill.

Pathfinder Documentos (1995). Indicadores Básicos sobre Planificación Familiar. 1a. edición, México.

Pérez Segura J., Torres A. (1988). Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescente. En: Atkin L.C., Arcelus M., Fernández-MacGregor A., Tolbert K. La Psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología. México.

Pernolid L. (1990). Espero un hijo. Buenos Aires: Vergara.

Pick S., Andrade-Palos P., Díaz Loving R. (1988). Características psicosociales de las adolescentes de 16-17 años, que han tenido y no han tenido su debut sexual. La Psicología Social en México. 2,322-327. Asociación Mexicana de Psicología Social. México.

Pick S., Andrade-Palos P., Townsend J. (1990). Planning your life: Development and Testing of a Family life education program for young adults. Final Technical Report, the population Council.

Pick S., Atkin L.C., Gribble J., Andrade-Palos P. (1991). Sex contraception and pregnancy among adolescent in Mexico City. Studies in Family Planning. 22, 2,74-82. Marzo-Abril.

Pick S., Atkin L.C., Karchmer S. (1988). "Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general?". En: Atkin L.C., Arcelus M., Fernández-MacGregor A., Tolbert K. La Psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología, México.

Pick S., Díaz Loving R., Andrade-Palos P., Atkin, L. (1988). Adolescentes en la Ciudad de México: Estudios Psicosocial de las prácticas anticonceptivas y embarazos no deseados. Reporte presentado a la Organización Panamericana de la Salud. Washington.

Pick S., Díaz Loving R., Rivera Aragón S., Flores Galaz M., Andrade-Palos P. (1987), ¿Qué papel juega la familia en la conducta sexual y anticonceptiva de la adolescente en la ciudad de México?. Revista de Psicología Social y Personalidad. 1,1-15.

Pick S., Givaudan M., Saldívar-Garduño A. (1996). La importancia de los factores psicosociales en la educación sexual de los adolescentes. Perinatología y Reproducción Humana. Vol. 10.

Pick S., Vargas-Trujillo E. (1990). Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. 8, 11-41.

Pick de Weiss S., Aguilar, Rodríguez, Trujillo E. (1992), Planeando tu vida. México: Limusa.

Piñones P., Aldana E., Estevez P., Atkin L.C. (1992). Un programa educativo con metodología participativa para adolescentes embarazadas. III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Mor., Enero.

Rodríguez G. (1996). Embarazo en Adolescentes. Hablemos de Sexualidad: lecturas. CONAPO y MEXFAM.

Rodríguez G., Rivas M., Amuchástegui A. (1992). Mitos sobre la Sexualidad y el Sida en población adolescente de la comunidad de Santa Fé. Informe Técnico. México.

Romero M., Medina-Mora M.E. (1987). Salud mental. Validez de una versión del Cuestionario General de Salud para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. Vol.10. No.3

Rubio E. (1992) Visión panorámica de la sexualidad humana. CONAPO Y MEXFAM.

Rubio E. (1996) Hablemos de Sexualidad, lecturas. Respuesta Sexual Humana. CONAPO Y MEXFAM.

Skala E., Atkin L.C., Valdés Blasquez A.M., Garfias Fernández-MacGregor, A. (1990). La adolescente embarazada y su relación de pareja. La Psicología Social en México. 3, 82-86. Asociación Mexicana de Psicología Social. México.

Sosa D. (1987). The Costa Rican Fertility and Health Survey, 1986. Atlanta Georgia, Costa Rican Demographic Association, Division of Reproductive Health, Center for Disease Control.

Stycos J. Mayone (1989). Does education corrupt?, The case of Costa Rica, 1989. Working paper series. 1,19. Population and Development Program, Cornell University.

Sumano-Avendaño E., Chartt-León R.M., Angeles Reyes, M.C. (1984). Observaciones de una Clínica Piloto de orientación sexual y vida familiar para adolescentes. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 41, 1, 483-488. México.

The Alan Guttmacher Institute (1996). Risk and Realities of Early Childbearing worldwide. New York.

Tiburcio T., Avila-Rosas H., Quintos-Cardoso R.C., y García-Cardona M. (1995). Embarazos en la adolescencia: influencias de algunos atributos sociales. Perinatología y Reproducción Humana, 9, 1. México.

Tolbert K. (1988). La adolescente embarazada: características y riesgos psicosociales. En: Atink, L.C., Arcelus, M., Fernández MacGregor, A., Tolbert, K., La Psicología en el ámbito perinatal. Instituto Nacional de Perinatología, México

Valenzuela M., Selman R., Herold J., Morris L. (1989) Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes: Gran Santiago 1988. Informe preliminar, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, División de Ciencias Médicas Occidente, Departamento de Salud Pública.

Walti C. (1987), La fecundidad temprana. DEMOS, No. 2, UNAM, México.

Walti C. (1995), Fecundidad Adolescente. DEMOS, No. 8, UNAM, México.

Zuckermann B. y Amaro H. (1987). Mental Health of adolescent mothers: the implications of depression and drugs use. Review article. Develop Mental an Behavioral Pediatrics. 8, 111-116.

A N E X O I

CUESTIONARIO GENERAL DE SALUD DE GOLDBERG

Nombre _____

Forma _____ Número de expediente _____

Paciente número _____ Fecha _____

Este es un cuestionario que pretende evaluar su estado general de salud. Para ello se han formulado una serie de preguntas o afirmaciones que tienen que ver con los padecimientos más comunes.

Es importante que los conteste en forma individual.

Por favor, lea con cuidado y conteste todas las preguntas. Ponga una "X" en la respuesta, de acuerdo con lo que considere más adecuado para usted. Las preguntas se refieren exclusivamente a las molestias en las dos últimas semanas.

Por favor, si usted padeció estas molestias antes de este tiempo no las tome en cuenta.

(1) (2) (3) (4)

1.-¿Se ha sentido bien y con buena salud?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes
2.-¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	No	Como antes	Más que antes	Mucho más que antes
3.-¿Ha tenido la sensación de estar enfermo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
4.-¿Ha tenido dolores de cabeza?	No	Como siempre	Más que siempre	Mucho más que siempre
5.-¿Ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
6.-¿Ha tenido escalofríos o bochornos?	No	Igual que antes	Más que antes	Mucho más que antes
7.-¿Se despierta demasiado temprano y ya no puede volver a dormir?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
8.-¿Se ha sentido lleno de vida y energía?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
9.-¿Ha tenido dificultades para dormir o conciliar el sueño?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
10.-¿Ha tenido dificultad para dormir de un jalón toda la noche?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
11.-¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
12.-¿Ha sentido que por lo general, hace las cosas bien?	Mejor que antes	Igual que antes	Peor que antes	Mucho peor que antes

13.-¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
14.-¿Siente cariño y afecto por los que lo rodean?	Más que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
15.-¿Se lleva bien con los demás?	Mejor que antes	Como antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
16.-¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Más que antes	Igual que antes	Menos útil que antes	Mucho menos útil que antes
17.-¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
18.-Se siente incapaz de resolver sus problemas	No para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
19.-¿Disfruta sus actividades diarias?	Más que antes	Igual que antes	Menos que antes	Mucho menos que antes
20.-¿Se ha sentido irritado y de mal humor?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
21.-¿Se ha sentido asustado y con mucho miedo sin que haya una buena razón?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
22.-¿Se ha sentido triste y deprimido?	No para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
23.-¿Ha perdido confianza y fe en sí mismo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
24.-¿Ha pensado que usted no vale nada?	No para nada	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
25.-¿Siente que no puede esperar nada de la vida?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
26.-¿Se ha sentido nervioso y "a punto de estallar" constantemente?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
27.-¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?	No	No creo	Alguna vez	Sí
28.-¿Ha notado que a veces no puede hacer nada a causa de sus nervios?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
29.-¿Ha deseado estar muerto y lejos de todo?	No	No más que antes	Más que antes	Mucho más que antes
30.-¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza?	No para nada	No creo	Alguna vez	Sí

Suma de las columnas 3 y 4 _____

Nombre de quien realizó la encuesta: _____

ANEXO II .

ESCALA DE AUTOMEDICION DE LA DEPRESION DE ZUNG

	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continúa -mente
1.Me siento abatido y melancólico.				
2.En la mañana me siento mejor.				
3.Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4.Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5.Como igual que antes solía hacerlo.				
6.Todavía disfruto de las relaciones sexuales.				
7.Noto que estoy perdiendo peso.				
8.Tengo molestias de constipación (estreñimiento).				
9.El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10.Me canso sin hacer nada.				
11.Tengo la mente tan clara como antes.				
12.Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro.				
13.Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14.Tengo esperanza en el futuro.				
15.Estoy más irritable de lo usual.				
16.Me resulta fácil tomar decisiones.				
17.Siento que soy útil y necesario.				
18.Mi vida tiene bastante interés.				
19.Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.				
20.Todavía disfruto con las mismas cosas.				

ANEXO III

ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE MOOS

Ante un problema fuerte que pudo haberle ocurrido durante los últimos 12 meses, sus reacciones pudieron haber sido alguna de las siguientes. ¿Cuál se acerca más a su reacción?

Por favor procure escoger de las columnas 1 y 3 su respuesta, de no ser así ocupe la central.

	No	Sí ocasionalmente	Sí con frecuencia
1. Trató de entender mejor la situación.			
2. Platicó sobre el problema con el conyuge u otro familiar.			
3. Platicó con un amigo sobre el problema.			
4. Habló con algún profesionista (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 ocupado en otra cosa.			
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 repetidamente el problema para tratar de entenderlo.			
18. Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.			
19. Se dijo a sí misma cosas que le ayudaron a sentirse mejor.			
20. Se alejó momentáneamente del problema.			
21. Supo lo que tenía que hacer y luchó para lograrlo.			

	No	Sí ocasionalmente	Si con frecuencia
22. En general evitó estar cerca de la gente.			
23. Se prometió a sí 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 experiencias similares.			
28. Intentó o se comprometió a sacar algo positivo de la situación			