

11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y MADRES ADOLESCENTES DEL DISTRITO FEDERAL

T E S I S

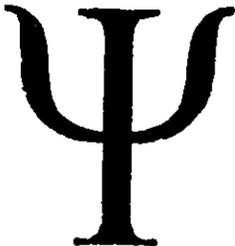
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN VANESA BELLO ZARATE ALICIA POBLANO ARELLANO VERONICA VIVEROS ROGEL

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. CAROLINA DIAZ WALLS ROBLEDO

ASESOR ESTADISTICO: LIC. RUBEN VARELA DOMINGUEZ

REVISORA: MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO



MEXICO, D.F.

2000

279161



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Se necesita valor para...

Ser lo que somos y no pretender ser lo que no somos

Vivir honradamente dentro de nuestros recursos, y no deshonestamente a expensas de otro

Decir rotunda y firmemente que no, cuando los que nos rodean dicen que sí

Pasar las veladas en casa tratando de aprender

Ver en las ruinas de un desastre, que nos mortifica, humilla, traba los elementos de un futuro éxito

Ser verdadero hombre o mujer, aferrados a nuestras ideas cuando esto nos hace parecer extraños o singulares

Guardar silencio en ocasiones en que una palabra nos limpiaría del mal que se dice de nosotros pero perjudicaría a otra persona

Por que la mitad de nuestros fracasos y desengaños provienen precisamente de ese afán de querer ser lo que no somos en querer aparentar lo que tampoco somos, empeñándonos en vivir fuera de la realidad

Rosario Sensores

ÍNDICE

Resumen	1
I. Adolescencia	13
1.1 Definiciones y conceptualizaciones	14
1.2 Teorías de la adolescencia	24
1.2.1 Teoría de Erick Erikson	25
1.2.2 Teoría del desarrollo cognoscitivo de Jean Piaget	40
1.2.3 Teoría del desarrollo del juicio moral: Kohlberg	50
1.2.4 Teoría de la adolescencia de Arminda Aberastury	56
II. Sexualidad	65
2.1 Inicio de la vida reproductiva	66
2.2 Rol de género y conducta de riesgo en la adaptación de género.....	70
2.3 Tendencias y niveles de fertilidad en adolescentes en América	78
2.4 Conducta reproductiva y crecimiento demográfico	82
III. Embarazo adolescente	86
3.1 Generalidades	87
3.2 Educación sexual y embarazo adolescente	89
3.3 Causas del embarazo adolescente	94

3.4 Consecuencias del embarazo adolescente	101
3.5 El apego y la relación madre - hijo: Bowlby	109
IV. Autoconcepto y adolescencia	118
V. Servicios de atención reproductiva	135
5.1 Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en América	136
5.2 Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en México	138
5.3 Estudios y programas de atención a adolescentes en México	149
VI. Método	169
6.1 Planteamiento del problema	170
6.2 Pregunta de investigación	170
6.3 Hipótesis	170
6.4 Variables	170
6.5 Definición conceptual de variables	171
6.6 Definición operacional de variables	172
6.7 Sujetos	172
6.8 Tipo de muestreo	173
6.9 Tipo de estudio	173
6.10 Diseño	173
6.11 Instrumentos	174
6.12 Procedimiento	176

VII. Resultados, discusión y conclusiones	179
7.1. Análisis y discusión de resultados	180
7.2. Conclusiones y sugerencias	260
Referencias bibliográficas	264
Anexos	282

Resumen.

La presente investigación tuvo por objetivo estudiar el autoconcepto de adolescentes embarazadas y madres adolescentes, partiendo de la hipótesis: el embarazo o maternidad influye en el autoconcepto de la adolescente. Se utilizó una muestra de 80 mujeres (40 adolescentes embarazadas o madres adolescentes y 40 adolescentes control); seleccionadas a través de un muestreo no probabilístico intencional, aplicándole a cada sujeto la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el cuestionario sobre "Valores, conocimientos y actitudes acerca de la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia". Los datos se analizaron a través de una comparación intergrupar de medias y frecuencias. Se concluye que en ambos grupos el autoconcepto es bajo y no existe una diferencia estadística significativa entre éstos.

El objetivo de este trabajo fue conocer el autoconcepto en un grupo de adolescentes embarazadas o madres adolescentes en el Distrito Federal desde los diferentes puntos de vista de la adolescencia en general. La importancia de este trabajo, radica en que por una lado, la población mexicana es mayoritariamente adolescente y el estudio de esta etapa del desarrollo es fundamental para abordar tal problemática ya que se ha incrementado en los últimos años. Además, el estudio de las etapas del desarrollo es fundamental para la comprensión de la psicología humana.

Existen varias áreas de aplicación dentro de la psicología dedicadas al estudio de la adolescencia; algunas de ellas son: prevención, orientación, tratamiento, rehabilitación e investigación.

La adolescencia constituye el periodo de vida en el cual el niño deviene adulto. Su comienzo y su fin son difíciles de definir. Aunque es correcta, la posición según la cual el comienzo de la adolescencia es biológico y su fin psicosocial, abre espacio a una amplia gama de variaciones individuales. La adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 20 años de

edad: comienza con los cambios generales (10-15 años) y finaliza al cumplirse gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico. La tarea central de la adolescencia ha sido definida por Erickson como la búsqueda de identidad.

Esta tarea se relaciona con la consolidación de sus propias vivencias como estructura, como estabilidad en el tiempo, con la adopción de una identidad psicosocial y de los papeles sexuales masculino y femenino aceptados socialmente, y su conducta sexual activa. La preparación para el matrimonio y la elección de pareja están muy ligadas a lo anterior. Una segunda tarea del desarrollo adolescente es la separación de la familia de origen para permitir la individualización personal. Para que esta separación se logre es importante el desarrollo de los lazos amistosos y emocionales con los adolescentes de la misma edad: el centro de la gravedad emocional pasa de la familia y los padres al grupo de amigos. Finalmente la definición de la identidad se produce en el plano de la elección vocacional y laboral. Esta consolidación es quizás la más afectada por el entorno sociocultural, geográfico y económico del joven. El adecuado equilibrio entre actitudes, expectativas, logros académicos y oportunidades laborales, determinará en buena medida la posterior calidad de vida y satisfacción personal del sujeto.

Los cambios en el plano biológico tienen su correlato en el plano psicosocial y emocional. Aberastury y Knobel (1976) han descrito una serie de síntomas y características que se presentan en forma normativa a lo largo de esta etapa vital. Estas diez características que integran el denominado "Síndrome de la adolescencia normal" son las que siguen:

1. Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
2. Tendencia grupal.

3. Necesidad de intelectualizar y fantasear.
4. Crisis religiosas.
5. Desubicación temporal.
6. Evolución sexual.
7. Actitud social reivindicadora.
8. Contradicciones sucesivas en la conducta.
9. Separación progresiva de los padres.
10. Sugestionabilidad del humor y del estado de ánimo.

Estos síntomas y signos no deben confundirse con patología, ya que presentan el emergente emocional y de conducta de una compleja transformación interna.

El desarrollo del adolescente se cumple normalmente en forma previsible. Los cambios biológicos de la pubertad interactúan con las transformaciones ambientales y originan nuevos comportamientos. Por otro lado, tienen a menudo una experiencia limitada o nula con respecto a las conductas potencialmente destructoras y no comprenden las consecuencias inmediatas o a largo plazo de sus acciones; alcanzando así la morbilidad proporciones significativas. Entre las causas de dicha morbilidad se encuentran:

- a) La actividad sexual prematura. Embarazo y enfermedades sexualmente transmisibles.
- b) Uso y abuso de alcohol y drogas.
- c) Accidentes automotores y de otros vehículos de recreación.
- d) Delincuencia.
- e) Transtornos emocionales y conductuales que van desde la neurosis hasta el suicidio.

No todos los adolescentes incurren en conductas de alto riesgo, hay factores que contribuyen a que algunos subgrupos estén más predispuestos al peligro. La consideración tanto de la prevalencia, distribución sexual y edad en las conductas de alto riesgo indica que son por lo menos cuatro los factores predisponentes:

1. Perfil psicológico característico. Comportamiento problema, agresivo y egocéntrico con tendencia a la discrepancia.
2. Influencia de los amigos para iniciar una conducta de riesgo.
3. Sexo. Los hombres son más propensos a la conducta riesgosa.
4. Desarrollo puberal. El mayor riesgo corresponde a todos los niños de maduración precoz y a los varones con pubertad primaria.

Por lo anterior, se puede considerar que la adolescencia es un período durante el cual la persona pasará por un proceso de adaptación a las nuevas condiciones externas e internas que se experimentan durante dicho período, desde el punto de vista social la persona deja de ser considerada un niño, sin embargo no se le otorgan los mismos derechos y obligaciones que a un adulto. Así pues, podemos notar lo difícil que resulta para el adolescente adaptarse a los cambios biopsicosociales que vive; cuando la familia y la sociedad participan de manera armónica, aceptando y apoyando al adolescente, éste cuenta con mayores oportunidades para adaptarse a los cambios propios y a las exigencias a las que es sometido. Pero la participación de quienes rodean al adolescente no es tan sencilla, los padres tienen ahora a un hijo que no es niño y tampoco un adulto, tienen en casa a una persona que constantemente presenta cambios en su comportamiento; peleando con todo y con todos, alguien que ahora pone en duda casi todo en lo que creía. El adolescente comienza a dejar de disfrutar el compartir la mayor parte del tiempo con sus padres, es el momento en que buscará acompañarse por sus congéneres y se irá

desprendiendo de sus progenitores. El grupo de pares pronto se convierte en modelos a seguir, ya sea en la manera de hablar, de arreglarse o de actuar (Muñoz, 1996).

La constante preocupación de los adolescentes por ser aceptado por sus congéneres muchas veces los lleva a realizar conductas de alto riesgo, una de las conductas que se ha convertido en una problemática es la temprana iniciación sexual y por ende el embarazo adolescente (Carrillo, 1990).

Ahora bien, para poder comprender la problemática embarazo en la adolescencia, la cual es uno de los elementos centrales de la investigación, es indispensable abordarlo desde el nivel macrosocial hasta el individual. Así pues también es necesario retomar los siguientes componentes que se vinculan con este fenómeno, ya sea como causa, consecuencia o efecto y desarrollo: el desarrollo biológico, la influencia social, la escuela, los compañeros, la pareja, las características personales del adolescente y la familia de origen. (Pick, Givaudan, 1994).

La conducta reproductiva de la adolescente, representa una relación emocional y sexual que a su vez propicia cambios en la estructura familiar e incrementa la posibilidad de un embarazo (Susheela, 1990). De acuerdo a los Centros de Orientación para Adolescentes (CORA) y a la Academia Demográfica Médica la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 15.7 años y 17 años para las mujeres (Carrillo, 1990).

Una investigación que corrobora dichos datos, es la que realizó Morris en 1987, citado por Velasco en 1994; quien reportó los siguientes datos estadísticos acerca de las relaciones prematrimoniales en la población adolescente mexicana: el 86% de los hombres cuyas edades

fluctuaron entre los 20 y 24 años, informan haber tenido relaciones sexuales. Ahora bien, aún cuando se habla exclusivamente de varones estas estadísticas nos hacen pensar lo frecuente que se esta volviendo dicha conducta y nos llevan a preguntarnos a qué edad los adolescentes comienzan su vida sexual activa, para que se llegue hablar de un porcentaje tan elevado como el mencionado anteriormente llegada la adultez joven.

El Alan Guttmacher Institute (AGI) en el año de 1990, reportó que en México un 19.9% de las adolescentes de 15 y 19 años de edad han estado en algún tipo de unión. Así mismo consideró durante ese mismo año, que el 44% de las mujeres entre 20 y 24 años se casaron o se unieron consensualmente antes de cumplir los 20 años (Susheela, 1990).

La fecundidad temprana tiene repercusiones en la pareja, en la familia, en la madre adolescente o en el padre adolescente en casos específicos. Pero un aspecto importante a destacar como repercusión social es el papel que juega en el crecimiento demográfico. Definitivamente las tasas demográficas han ido cambiando con el paso de los años, como producto de las diferentes situaciones sociales y políticas, que como estado o país vamos viviendo. Nuestras autoridades han manifestado la preocupación por la tasa de fecundidad y se ha buscado disminuirla, quizás una de sus herramientas más utilizadas ha sido la transmisión de información. De cualquier manera en la actualidad parece ya haber resultados y CONAPO en 1996 reportó un notable decremento en las estadísticas; de un promedio de 7 hijos por mujer en los años setentas, para 1995 el promedio era de 3, esperando para el año 2000, 2.4 hijos y en el 2005 1 hijo por mujer.

En el transcurso de las generaciones se ha evidenciado que el inicio sexual en edades tempranas incrementa la posibilidad de una descendencia más numerosa y que a pesar de los datos aportados por CONAPO acerca de un decremento en el crecimiento demográfico, se refiere

a la población femenina en general, no a un grupo etéreo como lo es la adolescencia, en el cual el inicio de la vida sexual reproductiva comienza cada vez a edades más tempranas, por lo que desde el enfoque crecimiento demográfico, podemos y debemos destacar entonces la importancia de atender y buscar soluciones para la problemática de embarazo adolescente. En México el problema demográfico ha preocupado a las autoridades. Se ha tratado de informar a la población, pero desgraciadamente el origen primordial se encuentra en las ideas y las percepciones de las personas, pues los comportamientos reproductivos se relacionan estrechamente con el número de hijos planeados y no planeados (CONAPO, 1996).

Mucha de la información sexual que posee el adolescente se debe en gran medida a la influencia que tienen los medios masivos de comunicación y sobretodo a su grupo de referencia, sin embargo es importante destacar que pocas veces la información es acertada y verídica, lo cual conlleva a que el adolescente tome decisiones inadecuadas y por lo tanto la sexualidad se torne en una conducta de riesgo. La adolescencia como un período de identificación y de búsqueda de identidad, permite que los adolescentes se integren a un grupo de referencia en el cual comenten, compartan, expresen y resuelvan sus inquietudes.

Sin embargo, frecuentemente estos intercambios de ideas no son totalmente acertados, lo cual propicia que el adolescente tome decisiones que lo induzcan a arriesgar su integridad personal dejando truncados sueños, planes y expectativas de su vida futura (Pick & Givaudan 1994).

Frecuentemente tanto la adolescente como el adolescente se ven obligados por sus padres a contraer matrimonio, decisión que generalmente conlleva a una rápida separación o divorcio (Martínez 1997; Mondragón 1987, Monroy 1987, Morales 1987; Pick & Givaudan, 1994). El

divorcio particularmente en una mujer adolescente le dificulta la posibilidad de continuar sus estudios, la posibilidad de trabajar o de volverse a casar (Carrillo, 1990). Pero si este matrimonio continúa, por presiones, se verá afectada la salud mental familiar. En el caso de que la chica sea soltera tiene que lidiar no sólo con la crítica social sino además tratar de equilibrar sus responsabilidades como madre (adulto) y sus necesidades de adolescente (Toro, 1990). Cabe destacar que cualquier adolescente madre se enfrenta a esta última tarea; es así que deja verse la importancia de estudiar e investigar acerca del tema, de tal manera que los datos recabados tengan implicaciones positivas, directas e inmediatas en la población madres adolescentes que presentan necesidades específicas; pues toda aquella decisión que tomen repercutirá en su desarrollo integral y el de su nueva familia.

Pick de Weiss y Vargas Trujillo en 1990, describen al grupo social de coetáneos como una fuente de transmisión de conocimientos y de formación de normas (Pick 1987, Cit. en CONAPO 1994), actitudes y conductas sexuales y anticonceptivas (Pick y cols. , 1991, Cit. en Pick & Givaudan 1994) y por otro lado, son fuente de transmisión de información equivocada (Jagdeo, 1984, Cit. en Pick & Givaudan 1994).

Es importante resaltar que uno de los grandes problemas a los que se enfrenta el adolescente es que el conocimiento y experiencia en temas sexuales, afecta la conducta de los padres, ya que estos no aceptan que sus hijos lleven una vida sexual activa, ni tampoco aceptan que estos tengan acceso a la información de anticoncepción y sobre todo hacia el uso de métodos anticonceptivos (UN, 1989).

Específicamente en las chicas se ha detectado la carencia de información que poseen al enfrentarse a la vida sexual activa; así gradualmente se han generado centros de atención médica, social o psicológica, los cuales las proveen de medios para prevenir embarazos posteriores no deseados además de fomentar en ellas la autoapreciación no sólo como madres sino como personas.

Aún cuando muchas mujeres se inician en la vida sexual durante la adolescencia, esto no significa que se integran a una actividad sexual regular, en muchas adolescentes solteras la actividad sexual tiene un carácter impredecible, lo que se refleja en la falta del uso de métodos anticonceptivos.

Es necesario que las adolescentes entre 15 y 19 años sean educadas en cuanto al uso correcto de métodos anticonceptivos por varias razones, entre las cuales destacan: la no planeación del embarazo, embarazos continuos y el uso de métodos anticonceptivos inadecuados e ineficaces (Susheela, 1990).

En América Latina han surgido programas de salud reproductiva, así podemos mencionar diversos organismos como el sistema educativo, algunos servicios de salud pública, el DIF y las organizaciones no gubernamentales, han ido poco a poco desarrollando estrategias de intervención para adolescentes (Rizo, 1992, Cit. en Velasco, 1994a).

Actualmente en México, el incremento en los casos de SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, ha llevado a una parte de la población a concientizarse acerca de las consecuencias que trae consigo la carencia de información sexual (López, 1994). Ya que México es considerado como un país en el que se cuenta con amplios programas gubernamentales o privados, que ofrecen variedad de métodos de planificación de manera gratuita o a bajos costos; y

que busca a través de dichos programas brindar constante apoyo a los adolescentes. Sin embargo las encuestas de adultos jóvenes (15 a 24 años) citadas por el Alan Guttmacher Institute, reportaron que entre la cuarta y sexta parte de los que vivían en zona urbana, nunca habían recibido educación sexual en o fuera de la escuela (Susheela, 1990).

La promoción de y el acceso a los servicios de salud no sólo ofrece a la población la posibilidad de cuidados, sino también la educación para el autocuidado (CONAPO, 1996). Es importante destacar que uno de los puntos centrales que han influido en el éxito de los programas de salud sexual y reproductiva es contar con la participación activa de los adolescentes como facilitadores del tema (Pick & Givaudan 1994), ya que en general el objetivo de los servicios de salud sexual reproductiva para adolescentes es “fortalecer la infraestructura de salud física y psicológica, para satisfacer las necesidades requeridas por los adolescentes” (Escutia, 1992 p.6).

Así la adolescencia como tal es una etapa de grandes cambios, fisiológicos, sociales y psicológicos, los cuales determinan en gran medida la personalidad del adolescente, y más aún si se trata de una adolescente embarazada, porque a partir de ese momento tiene que pasar de la pubertad a la adultez drásticamente, adquiriendo una serie de responsabilidades para consigo misma y para con su futuro hijo, además de ello se tiene que enfrentar a la crítica social y a tratar de sobrellevar su vida, limitando sus actividades y aspiraciones personales (Martínez, Mondragón, Monroy, Morales, 1997). De esta manera la joven madre debido a este repentino cambio de rol, de adolescente a madre, se ve ante una serie de actitudes y sentimientos encontrados, tales como inestabilidad emocional, inmadurez e inexperiencia por no sentirse plenamente realizada en ninguno de los dos roles (Carrillo, 1990).

Durante las semanas posteriores al parto (período puerperal) la vigilancia y la atención médica, permite identificar oportunamente posibles complicaciones. Dicha vigilancia no solamente permite observar el crecimiento y nutrición del niño, sino también en el aspecto familiar, ver por la planificación familiar, por supuesto contribuyendo con todos los beneficios que esto implica. Sin embargo a pesar de la importancia de la vigilancia durante el período puerperal, en México la proporción de mujeres que acudían a ella entre los años 1993 y 1995, fue de 1 de cada 3, lo que nos revela la práctica poco frecuente (Pick & Givaudan 1994).

Monroy de Velasco en 1988, destacó la importancia de señalar los aspectos que influyen durante y después del embarazo, como son:

1. Los problemas de salud de la madre influyen de manera significativa en la salud del bebé
2. Tardanza para solicitar atención médica debida a la negación del embarazo
3. Situación socioeconómica poco favorable de la madre
4. Interrupción de estudios por parte de la madre
5. Pocas expectativas de un matrimonio a futuro
6. Rechazo social y desventajas legales
7. Posibilidad de llevar a la madre a la prostitución, abandono, descuido y maltrato al menor.
8. Cuando hay protección por parte de la familia de la madre existe un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora
9. Matrimonios no deseados
10. Falta de madurez emocional
11. Desventajas emocionales para el niño

Otro aspecto que se observa en la adolescente cuando le toca vivir un embarazo, es que su autoconcepto se verá influenciado por los cambios propios de la etapa que atraviesa y por las condiciones generadas durante embarazo; condiciones físicas, emocionales y sociales.

Con base en lo anterior, se realizó una investigación en la que se exploró cuáles eran los factores del embarazo o maternidad, que directa o indirectamente afectan al autoconcepto de la adolescente. Partiendo de la idea de que tal condición influya en el nivel de autoconcepto de éstas.

Conforme a ello, se observó que cada adolescente madura como resultado de la educación recibida, las experiencias vividas, el medio ambiente social que lo rodea, los factores genéticos y la constitución psíquica.

CAPÍTULO I

ADOLESCENCIA

1.1 Definiciones y conceptualizaciones

1.2 Teorías de la adolescencia

1.2.1 Teoría de Erick Erikson

1.2.2 Teoría del desarrollo de Jean Piaget

1.2.3 Teoría del desarrollo del juicio moral: Kohlberg

1.2.4 Teoría de la adolescencia de Arminda Aberastury

1.1 DEFINICIONES Y CONCEPTUALIZACIONES

“Alrededor del mundo, más de 500 millones de jóvenes entre la edad de 15 y 19 años se despiertan cada mañana para enfrentar las alegrías y las presiones de la adolescencia y entre ellas el descubrimiento de su sexualidad” (Loffredo, p.9 .1990).

La adolescencia ha sido definida por diversos autores conforme al contexto sociocultural en el cual están inmersos. Algunos autores afirman que la adolescencia es un concepto relativamente reciente, proveniente de la cultura occidental moderna.

Una concepción general refiere a la adolescencia como un período de la vida de grandes y variados cambios físicos y emocionales, que lleva implícito el enfrentamiento a cuestiones y decisiones que posiblemente afecten el resto de su desarrollo personal (Carrillo, 1990).

Muchas de las conductas de riesgo durante la adolescencia se deben a que la madurez psicológica y cognoscitiva no acontece a la par de los cambios físicos (Henríquez, 1994). Y sin embargo, la salud a corto y largo plazo de los adolescentes depende en gran parte de su propio comportamiento (Friedman, 1994).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como un período durante el cual un individuo progresa desde la aparición inicial de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual (Carrillo, 1990).

Monroy en 1988, define la adolescencia como una evolución biológica, psicológica, social y de madurez, que hace que un niño se convierta en un adulto. Es la etapa ubicada entre la vida

infantil y la vida adulta, durante la cual el joven busca las pautas de conducta que respondan al nuevo funcionamiento de su cuerpo y a los requerimientos socioculturales de ese momento.

Por otra parte cita la definición acerca de adolescencia de Bloss (1968) para quien la adolescencia es, la suma total de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, y al nuevo grupo de condiciones internas y externas que confrontan al individuo.

La metamorfosis que tiene lugar entre la vida infantil y la vida de un adulto puede ocasionar cambios, especialmente en la vida de las niñas (Loffredo, 1990). Dicha metamorfosis es el período llamado pubertad, su aparición genera un desencadenamiento de cambios anatómicos, fisiológicos que van preparando al organismo humano para el desarrollo de sus potencialidades, en una mujer éste puede durar de 18 meses a 5 años (Carrillo, 1990).

En la adolescente, los cambios físicos o emocionales observados por los padres llevan a preguntarse a estos últimos si el desarrollo de su hija es adecuado. El conocimiento acerca de los cambios experimentados durante la adolescencia, es la herramienta fundamental para conocer la edad promedio en que se inician dichos cambios; entenderlos, destacar las alteraciones de éstos y atenderlos a tiempo.

En la niña el primer signo de desarrollo es el crecimiento mamario (telarca) entre los 8 y 13 años de edad, seguido por el vello púbico, el axilar (1 o 2 años después del púbico) y finalmente la menstruación (menarquia), esta última con una diferencia de entre año y medio y dos años del crecimiento mamario. Aunque se habla de un promedio de edad para la aparición de la menarquia, debemos siempre considerar los factores nutricionales, hereditarios y raciales (Coyote, 1996).

La menarquia resulta también un indicador en cuanto al crecimiento de talla, ya que en nuestro país la cúspide de éste se presenta antes de la menarca (entre los 11 y 12 años de edad), después el crecimiento disminuye en velocidad y culmina entre los 16 y 17 años. A nivel mundial, diversos estudios han llegado a la conclusión de que después de la menarquia, el promedio de crecimiento son 6 centímetros más. De acuerdo al IMSS, considerando las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey, en el año de 1987, la edad promedio de la menarquia fue de 12.5 años (Mendoza, 1994, p. 225). Mientras que un estudio longitudinal realizado con un grupo de 883 adolescentes en la Clínica de Monterrey, y cuyos resultados fueron expuestos en el año de 1994 en la "Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente", se reportó como edad mínima en que se inicia la menstruación 9.4 años, máxima de 15.9 y como edad promedio 11.2 años, es decir dato no muy distinto al reportado por el IMSS en 1987 (Bermea, 1994).

Así como se presenta un incremento en talla, tenemos el incremento en peso. La grasa corporal se hará notar en partes específicas como pecho y caderas, lo cual es normal, pero también debe evitarse un aumento exagerado en cuanto a grasa corporal pues puede ocasionar obesidad (Coyote, 1996).

Es entonces cuando los padres pueden preparar a las niñas para la serie de modificaciones que son parte de su continuo desarrollo. La adolescente alcanzará su máximo crecimiento y su capacidad reproductiva, y en ocasiones angustia, ansiedad o temor. Los grandes cambios en su cuerpo las llevan a una constante preocupación por lo que parecen ante los ojos de los demás y la imagen que tienen de sí mismas. Ahora buscarán la individualidad y su independencia, pero al mismo tiempo buscan experimentar nuevas actitudes, pensamientos y emociones para identificarse con sus pares. En esta etapa la comprensión y el apoyo la guiarán para alcanzar la

madurez biopsicosocial y finalmente integrarse de forma adecuada a la sociedad de la que es parte.

Considerando el aspecto social para Hallengstead (1982), la adolescencia es el periodo de vida de una persona durante el cual la sociedad en la que vive deja de considerarlo un niño, pero no le otorga plenamente el estatuto de adulto, sus cometidos y sus funciones. Para Muñoz Fernández (1996) “la adolescencia es un período de la vida que oscila entre la niñez y la juventud, es decir la edad comprendida entre los 12 y los 21 años de edad”. Etapa considerada como de crisis en que como producto de los cambios psicológicos, físicos y sociales, se vive el duelo de la pérdida de la infancia y se prepara el camino a la adaptación de la amplia serie de cambios que ocurren. Es aquí donde surge esa búsqueda de identidad, esa “sensación de continuidad y mismidad, es decir, de ser uno mismo, de lograr algo que permita diferenciarse de los demás”.

Socialmente la adolescencia es concebida como un producto de la sociedad “moderna” o sociedad “industrial”. En donde su duración dependerá de un tiempo y un espacio determinado. Así encontramos sociedades en las que no existe la adolescencia, la infancia culmina y automáticamente se pasa al mundo adulto. Empero en la mayoría de las sociedades esta etapa ha tendido a prolongarse como resultado del desarrollo de la sociedad en cuanto a la apertura de oportunidades educativas para los jóvenes, la cual conlleva a una dependencia afectiva y económica de la familia (Población y Futuro, 1990).

El paso a la edad adulta suele estar marcada por circunstancias tales como: el término de la vida escolar, la mudanza de la casa paterna, la búsqueda de un trabajo, el matrimonio y la formación de una familia (Susheela, 1990).

La crisis económica vivida a partir de los años ochenta ha obligado a los adolescentes y jóvenes a prepararse más en el aspecto educativo; sin embargo no existe una correspondencia equitativa con respecto a las remuneraciones en el mercado de trabajo, lo que a la larga se traduce en expectativas frustradas (Gutiérrez, 1994).

Al considerar tales aspectos sociales la adolescencia se ha clasificado en tres periodos:

- I. Adolescencia temprana: de los 10 a los 14 años. Sus características principales son la experimentación de cambios corporales, el despertar a la sexualidad y sobretodo el convertirse en un asiduo investigador respecto a su propia transformación física y psicológica.
- II. Adolescencia Media: de los 15 a los 19 años. Durante este periodo se obstaculiza la comunicación entre hijos y padres, ya que estos últimos no son empáticos con los adolescentes.
- III. Adolescencia tardía o Juventud: de los 20 a 24 años de edad. La culminación de este periodo esta determinada por la aceptación del adolescente en el ámbito laboral; por tal razón la adolescencia tardía se vuelve un problema de ubicación socioeconómica.

Los adolescentes, constantemente están en una búsqueda de identidad para fortalecer su personalidad. El papel de los padres en esta búsqueda la puede favorecer o entorpecer, dependiendo del estilo de crianza que hayan empleado para sus hijos. Así mismo la transmisión de normas, valores y creencias reforzarán o delimitarán la comunicación y confianza entre ambos para externar sus inquietudes como padres o como hijos (Población y Futuro, 1990).

La adolescencia es una etapa en que se consolida la identidad sexual, etapa en la que es difícil encontrar un entorno social favorable para la maduración de las transformaciones

psicológicas. “Los mensajes para los adolescentes han ido variando, desde una posición muy restrictiva y severa hasta una permisiva, en lo que se refiere a las normas y pautas de comportamiento” (Enhrenfeld-Lenkiewicz, 1994, p.8).

Por la constante búsqueda de sí mismo, no es difícil verlo llevando a cabo una serie de prácticas y ensayos que en periodos anteriores no se habían hecho evidentes; aunque algunos de éstos por los riesgos que conllevan resultan eventos desagradables para su propia familia y la sociedad, o por qué no, simplemente extravagancias.

Así la adolescencia lleva un ritmo de vaivén donde se continúa con cierta dependencia pero se gana también una relativa independencia. Cuando el adolescente comienza a consolidar su identidad, proceso de gran complejidad, también constantemente visualiza como será su futuro (Henriquez, 1994).

Al llegar a la pubertad el sujeto ha experimentado varias emociones como: la compasión, el júbilo, el pesar, el remordimiento, los celos, la gratitud, la admiración, etc; y posee un mejor dominio sobre éstas.

En esta etapa los afectos cambian ya que de manera natural comienzan sus intereses sexuales y sus emociones ya no giran alrededor de sus padres. Las tendencias emocionales del joven se modifican y constituyen la organización total de los caracteres que se conocen como *personalidad* (Brooks, 1959).

Un aspecto que influye en el desarrollo de su personalidad es la moralidad, la cual significa modales, costumbres y formas de proceder. Asimismo la moral implica las conductas derivadas de las normas del grupo al que el individuo pertenece. No es simplemente un régimen de las relaciones sociales, sino también un código que influye enormemente en la conducta.

McDougall en su psicología social describe los niveles de la conducta humana que constituyen un buen fundamento para el estudio del desarrollo moral del adolescente. Sin ajustarnos demasiado a sus opiniones, podemos exponer dichos niveles de la siguiente forma:

1. Conducta instintiva. Es la conducta que puede ser modificada por las consecuencias del acto.
2. Recompensas y castigos. La conducta es gobernada por una regulación externa que se manifiesta por sistema de premios y castigos utilizados por el adulto, ya que gran parte de la conducta del niño se desarrolla en este nivel.
3. Aprobación y desaprobación social. La conducta se ve influenciada por la fuerza de las opiniones y por las sanciones del grupo al que pertenece el individuo.
4. Altruismo. Es una fuerza innata al individuo que lo lleva a hacer lo que cree que es bueno, a pesar de que sus semejantes lo desapruében (Cit. Brooks, 1959).

Puede enumerarse una gran cantidad de factores específicos que afectan el desarrollo moral del adolescente y algunos son: (1) Educación e instrucción del preadolescente, (2) Educación e instrucción del adolescente y (3) La rebelión de la juventud (ibid).

En nuestra cultura las creencias religiosas forman parte importante del desarrollo moral muchas creencias son adquiridas al aprenderlas a través de otras personas ya sea de manera verbal o mediante conductas estereotipadas.

Sus antiguas ideas y las enseñanzas nuevas propias de la edad hacen que sea capaz de juzgar más críticamente sus creencias religiosas. Este punto de vista personal o subjetivo de la religión es característico del adolescente (ibid).

Durante la adolescencia el joven gradualmente va internalizando y constituyendo una serie de valores y patrones de conducta acordes a su personalidad. Así mismo se torna rebelde, con el fin de conseguir su independencia lo cual lo conducirá a ser más responsable (Henríquez, 1994).

Cuando la familia y la sociedad participan en este proceso de manera armónica, aceptando y apoyando al adolescente, éste cuenta con mayores oportunidades para adaptarse a los cambios propios y a las exigencias a las que es sometido.

Pero la participación de quienes los rodean no es tan sencilla, los padres tienen ahora a un hijo que no es niño y tampoco un adulto. Tienen en casa a una persona que constantemente presenta cambios en su comportamiento; peleando con todo y con todos, alguien que ahora pone en duda casi todo en lo que creía. El adolescente comienza a dejar de disfrutar el compartir la mayor parte del tiempo con sus padres, es el momento en que buscará acompañarse por sus congéneres y se irá desprendiendo de sus progenitores. El grupo de pares pronto se convierte en modelos a seguir ya sea en ropa, en la manera de hablar, en la manera de arreglarse o de actuar (Muñoz, 1996).

El entablar relaciones sociales implica búsqueda y obligaciones. Los adolescentes se ven implicados en dos tipos de relaciones: las cooperativas con sus iguales y las unilaterales con sus padres (Blum, 1994).

La opinión pública constituye un poderoso medio para regular muchas fases de la conducta del individuo. Antes de llegar a un desarrollo óptimo en las relaciones sociales con otros el adolescente siguió tres pasos, los cuales variarán dependiendo de su personalidad: 1. soy el centro de todo lo que importa; 2. tú eres el centro de todo lo que importa; 3. las relaciones dependen de un equilibrio entre mis necesidades y las tuyas (Brooks, 1959).

A medida que se desarrolla y adquiere más experiencias y mayor discernimientos en cuanto a su ambiente, ve que algunas consecuencias consideradas hasta entonces como inevitables, pueden eludirse. El crecimiento y la experiencia simplemente corrigen engaños primitivos (Brooks, 1959).

La aprobación y desaprobación social tienen gran fuerza, en especial la opinión de los individuos de su edad con los cuales está estrechamente vinculado en una gran variedad de actividades colectivas (Brooks, 1959). La imagen corporal cambiante del adolescente puede repercutir en su autoestima al notar el distanciamiento de ésta con respecto a los estereotipos culturales de belleza (Escutia, 1992). Ya sea de tolerancia, aceptación o rechazo, los adultos toman una actitud ante estas poses y ésta tiene determinado impacto en la identidad del adolescente (Muñoz, 1996).

Durante la adolescencia es importante que el joven demuestre y desarrolle día a día sus aptitudes en actividades ocupacionales y de esparcimiento. No obstante las condiciones socioeconómicas limitadas pueden inhibirlas o hacer sentir al joven frustrado, lo cual propiciará que el adolescente caiga en conductas de riesgo (Henríquez, 1994).

Todos estos cambios son considerados propios de la adolescencia, pero cuando llegan a acentuarse de forma extrema, y a convertirse en estilos de vida podemos hablar de conductas de riesgo o desadaptadas, donde lejos de encontrar su propia identidad, la arriesgan. Por lo cual, las relaciones con los congéneres pueden resultar tirantes y las relaciones con los padres y la sociedad se van desgastando o perdiendo su profundidad (Muñoz, 1996).

Los intereses de los adolescentes tienen importantes conexiones con los problemas de la predicción y control de su conducta. El término interés se emplea para determinar una condición o causa de atención derivada del instinto y de la experiencia; es definido como un sentimiento de placer que resulta de atender a algo, no es una causa sino un resultado. El desarrollo de los intereses mediante la experiencia, se debe a modificaciones de los mismos mecanismos biológicos relacionados con otros aprendizajes (Brooks, 1959).

De tal manera puede determinarse que la adolescencia comienza cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y termina cuando se completa el crecimiento somático y el individuo es psicológicamente maduro, capaz de ocupar su lugar como miembro contribuyente de la sociedad (Marlow, 1975).

1.2 TEORÍAS DE LA ADOLESCENCIA

En el presente apartado abordaremos: la teoría psicosocial de Erikson, la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget, la teoría del desarrollo moral de Kohlberg y la teoría de la adolescencia de Aberastury. Las cuales consideramos explican el proceso del desarrollo que todo adolescente experimenta. Específicamente en el caso del embarazo adolescente nos ayuda a entender de una manera más amplia, tanto a nivel social como individual, las causas e implicaciones alrededor de esta situación.

1.2.1 TEORÍA DE ERICK ERIKSON

Erick Erikson, nació en Alemania en el año de 1902, interesado por la teoría psicoanalítica de Freud, decidió contribuir en ésta con importantes aportaciones en el área referente al estudio de la personalidad.

La teoría psicosocial de Erikson destaca dos puntos claves en el desarrollo del individuo; el primero, es el principio de orientación hacia la sociedad, a la conciencia y a la interacción social; y el segundo, es que la sociedad esta formada de tal manera que satisface estas necesidades y propicia la interacción (Cueli, 1997).

En la teoría epigenética de Erikson se marca una evolución de secuencia y vulnerabilidad predeterminada, pero a la vez influenciada por la realidad social (Erikson, 1972, Cit. Erikson, 1986).

Cueli (1997) en su libro *teorías de la personalidad*; señala tres contribuciones importantes y contrastantes de Erikson a la teoría freudiana desarrollada en torno a la personalidad:

- a) Personalidad sana contra conductas neuróticas, (“desarrollo de una personalidad sana en contraste con el tratamiento de conductas neuróticas”). Mientras Freud se había enfocado al estudio de personalidades neuróticas, Erikson buscó estudiar o trazar un patrón de desarrollo de “personalidades sanas” o lo que podría entenderse como un “patrón de desarrollo de personalidad deseable”.
- b) El estudio de la personalidad en un contexto psicosocial, en contraste con el desarrollo psicosexual de Freud.

- c) La lucha individual en busca de una identidad, en la que se atraviesa por crisis específicas de cada etapa psicosocial.

Para Erikson una personalidad sana: “domina activamente su medio, muestra una cierta unidad de personalidad y es capaz de percibir al mundo y así mismo correctamente” podemos notar entonces, que durante la infancia éstas son características ausentes y por tanto pasos complejos que se deberán dar de forma gradual a lo largo de la vida. Es así que para este autor, “crecer es el proceso de lograr la identidad del yo” (Cit. Cueli, 1997, p 174) para lo cual la persona en este aspecto tendrá dos tareas.

1. Reconocerse a sí mismo en la continuidad del tiempo.
2. Identificarse con los ideales y patrones esenciales de la sociedad en que vive.

La identidad del “Yo” es entonces una visualización y aceptación tanto interna como de relación con el medio. Sin embargo durante cada etapa de desarrollo se presentan crisis que ponen en conflicto dicha relación y que deben resolverse de alguna manera para abrir paso a la siguiente etapa. Con este notable interés en el área social del desarrollo humano, Erikson se propuso ampliar el principio epigenético bajo el que se consideraba éste, y enriquecerlo al señalar que se conjuga con distintos factores sociales que pueden generar algunas variaciones en lo que ya se consideraba un crecimiento o desarrollo preestablecido. El autor se orientó básicamente al desarrollo de la personalidad. Lo interesante de la teoría desarrollada por el autor, no solamente radica en la perspectiva psicosocial, sino que además, aún cuando tomó las etapas psicosexuales de Freud, hizo notables aportaciones a éstas:

1. Las conductas que un niño debe adoptar o adaptar de acuerdo a la aprobación social.
2. Existen etapas de desarrollo posteriores a la adolescencia que Freud no había contemplado.

3. Las crisis psicosociales que se sufren para lograr la identidad del “yo” son producto de la interacción con la sociedad.
4. Para entender el proceso de desarrollo, hay que tener en cuenta las interacciones sociales y los aspectos de desarrollo en sí (Cueli, 1997).

Para cada programa educacional o terapéutico hay que considerar una serie de hipótesis acerca del desarrollo de las personas hacia quienes va dirigido.

A continuación se presentan las 8 etapas de desarrollo descritas por Erikson:

I. CONFIANZA VS DESCONFIANZA (primera infancia): Etapa correspondiente a los primeros años de vida, en los cuales como es fácil de imaginar y aceptar, la característica principal es que la “pequeña persona” depende de quienes lo rodean y serán ellos, principalmente la madre, quienes tendrán la tarea de hacerlo sentir a gusto en su nuevo mundo. Es así que se habla de “confianza” hacia sí mismo y hacia el mundo externo, o en el lado opuesto “desconfianza” cuando sus distintas necesidades no son cubiertas.

Según Erikson las demostraciones de confianza del niño son: la facilidad de su alimentación, la profundidad de su sueño y la regulación de sus intestinos. El niño deberá entonces ir regulando las capacidades receptoras con las que cuente de acuerdo a los distintos estímulos de abastecimiento externo. De esta manera la madre o el o los adultos que lo cuidan son relacionados prontamente con la sensación de bienestar y finalmente con la confianza; o del lado contrario cuando no existe esa sensación de bienestar es relacionado con la desconfianza. Aún cuando esa persona adulta sea la proveedora de la confianza, el primer logro que ha de llevar a cabo el niño, es el poder separarse de la madre por momentos sin experimentar ansiedad exagerada. Cuando esto ocurre suponemos que esa persona no sólo ha proporcionado certeza exterior sino también interior y, a la vez, el niño inicia la búsqueda de identidad del “yo”, que

posteriormente será un sentimiento de ser aceptado. ser uno mismo y ser lo que se espera sea uno en la sociedad.

Si nos preguntamos el por qué Erikson dio a la “confianza” el poder de la característica básica de un primer momento de la vida, es importante resaltar en qué se basó para considerar a esta primera y a las siete posteriores con los diferentes calificativos que su teoría da a conocer; y esta razón es que toma en cuenta la relación que existe entre la persona y los elementos básicos de la sociedad que van cambiando dependiendo de la edad del individuo (ibid).

II. AUTONOMÍA, VERGÜENZA VS DUDA (2 años): Para el autor, esta etapa se encuentra estrechamente relacionada con el hecho de la maduración muscular. Ésta lleva al menor a la “libre” experimentación de su entorno. Sin embargo aunque cuenta con la capacidad de explorar su pequeño mundo, a la vez los adultos deben también brindar protección para que en lo posible se le evite al pequeño el vivir “experiencias arbitrarias y carentes del sentido de la vergüenza y la temprana duda” (Cueli, 1997, p. 180).

Podemos decir entonces al respecto, que se le debe dar la oportunidad de explorar su medio a través de las capacidades con las que cuenta, para evitarle la “duda” de saber si podría o no con su medio, pero también no permitir las libertades que aún no puede afrontar (ibid).

III. INICIATIVA VS CULPA (3 a 5 años): Al ser que pasa por este período, Erikson lo define como “una persona que parece más ella misma, es más cariñosa, relajada, brillante en su juicio, más activa y más activadora; en sí una persona que repentinamente da la apariencia de integrarse tanto en su persona como en su cuerpo” (Cueli, 1997, p. 182).

La iniciativa será la cualidad que se agregue a la autonomía ya existente. Aquellas tareas que anteriormente se iniciaban como producto del empecinamiento ahora son llevadas a cabo por el hecho de sentirse activo y en movimiento. Cabe destacar que al hablar de este calificativo “iniciativa” nos encontramos hablando de la energía necesaria para todo acto humano.

En un principio la orientación de la iniciativa es hacia la búsqueda del propio beneficio; ésta por sí misma causa placer a la que se le suma el agrado de haber conquistado el beneficio buscado (ibid).

IV. INDUSTRIA VS INFERIORIDAD (Etapa de latencia): Edades que corresponden al período de iniciarse como alguien trabajador y un proveedor potencial. El reconocimiento social, tan importante a esta edad se obtiene mediante la “producción”. Esta tarea debe cumplirse antes de llegar a ser un progenitor biológica y psicológicamente preparado, idealmente antes de la difícil tarea que conlleva el olvidar esperanzas y deseos pasados para abrir paso a la adopción de leyes socialmente aceptadas. Ahora existirá el sentimiento de que dentro del núcleo familiar no tiene futuro y debe buscarlo por sí mismo en la sociedad.

Entonces el peligro de esta etapa es el sentimiento de inadecuación e inferioridad. Cuando la persona siente no tiene un estatus entre sus compañeros y no encuentra aplicación a las normas, a las herramientas y habilidades que ha hecho suyas, no se siente identificado ni perteneciente a ningún grupo y puede llegar incluso a sentirse “condenado a la mediocridad o a la inadecuación” (Cueli, 1997, p. 186). Convirtiéndose en un conformista a merced de quien esté en condiciones para explotarlo.

V. IDENTIDAD VS CONFUSIÓN DEL ROL (adolescencia y juventud): El concepto nuclear de la teoría de Erikson es la adquisición de la identidad del Yo. El logro de ésta se

cumple de diferentes maneras de acuerdo al entorno social y al tiempo en que se vive (Escutia, 1992).

El concepto de identidad se refiere al sentimiento de “ser uno mismo en forma coherente y continua a pesar de los cambios internos y externos que enfrentamos en la vida “(p.28). La identidad es la experiencia de sentimiento de bienestar psicosocial; su base es el conocimiento de uno mismo como entidad separada y distinta de los otros y sus comienzos se encuentran cuando el niño aún en estrecho contacto con su madre se reconoce como una persona distinta a ésta.

La familia juega el papel más importante dentro de la formación de la identidad, puesto que los primeros estímulos e información el individuo los recibe de ella. En el aspecto social, la familia es el primer círculo en que tiene que concebirse como una persona separada, luego reconoce el sexo al que pertenece y, finalmente, se reconoce como miembro de la familia para posteriormente vivir la experiencia de sentirse parte de otros grupos sociales (ibid).

Una de las principales actividades que se desata en el período, es la búsqueda de relaciones con sus congéneres. En los varones esto se basa en el modo fálico-intrusivo y en las mujeres en actitudes como el hacerse atractivas para despertar el sentimiento afectivo. Las personas cuentan ahora con un nuevo poder locomotor y mental que requerirá ser controlado. El sentimiento de culpa se genera con respecto a las metas planeadas y los actos iniciados para su logro. Este sentimiento se convierte en ocasiones en rivalidad anticipatoria con él que ha llegado primero a las metas buscadas. Ahora se quiere llegar a una posición de privilegio y el fracaso habitual lleva a la resignación, la culpa y la ansiedad (Cueli, 1997).

Otra característica de esta etapa es el lento proceso que inicia el futuro progenitor. La persona desarrolla lentamente el sentido de responsabilidad moral, de funciones y roles. Es una

persona dispuesta a aprender rápida y ávidamente; quiere compartir obligaciones y actividades, con lo cual busca sentirse mayor. Así, para lograr sus propósitos, busca la compañía de sus congéneres entablando relaciones de igualdad y evita muchos conflictos. Los sueños que se tenían en la temprana infancia se relacionan ahora con las metas de una vida adulta. Al mismo tiempo el establecimiento de un sentido moral resulta opresivo y se ve enfrentado con la idea de lo posible y lo tangible (ibid).

Cuando logra entablar por fin una buena relación entre sus habilidades y herramientas y el mundo que lo rodea, la infancia llega propiamente a su fin. Estamos ante el advenimiento de la pubertad. La juventud comienza. El rápido crecimiento corporal y la madurez genital generarán muchos cambios en la persona. Aquello en lo que se había llegado a confiar vuelve a ponerse hasta cierto punto en duda. Será una etapa difícil en que los jóvenes se enfrentan a una revolución fisiológica en ellos mismos, a las tareas adultas que ahora se les presentan y a la notable preocupación por el quiénes son ante los demás (ibid).

Es así que el concepto adolescencia generalmente es asociado con un período de cambio y sin embargo también es un período de consolidación en el concepto de sí mismo, un período en que el adolescente se inquieta por el ¿cómo soy?, ¿cómo podría ser? y ¿cómo debería de ser?. Los cambios físicos que le ocurren influyen en el cambio de la propia imagen corporal. El segundo factor en la consolidación del concepto de sí mismo es el desarrollo intelectual, el cual permite una mayor complejidad en la elaboración de dicho concepto. Finalmente el tercer factor es la creciente independencia emocional y la necesidad de adoptar decisiones en la cotidianidad.

En conclusión la elaboración del autoconcepto depende de la imagen corporal, el desarrollo intelectual y la independencia emocional (Escutia, 1992).

La crisis de identidad caracteriza concretamente a la adolescencia. En lo biológico y en lo intelectual puede considerarse esta etapa clímax del continuo de la vida, clímax de vitalidad y potencia al que se integran nuevas e intensas experiencias. En lo social la identidad colectiva se vuelca a los otros y podremos observar durante esta etapa la formación de pequeños círculos y subculturas; aunque también el adolescente se experimenta, por primera vez, como un ser separado, individualizado (Erikson, 1972).

La pérdida del sentido de identidad en el adolescente suele expresarse como hostilidad hacia su medio o en actitudes negativas hacia los roles aceptados o deseados por la familia o la comunidad inmediata (Escutia, 1992).

En esta etapa los roles y aptitudes desarrolladas durante los años precedentes se enfrentan con los prototipos sociales del momento, por lo que se cae constantemente en la comparación de “lo que siento que soy” y lo que “soy para los demás”, en especial para mis congéneres. Cobra entonces importancia el tener un estatus alto en el grupo. Su gran conflicto es la duda en cuanto a la propia identidad sexual y en muchos de los casos también, en cuanto a la identidad social. El joven de esta manera es presa fácil para sobreidentificarse temporalmente con los cabecillas de sus grupos o de las multitudes al grado de llegar a perder su propia identidad (Cueli, 1997).

La identificación, consiste en procesos mentales automáticos e inconscientes a través de los cuales una persona llega a incorporar características de otras personas y parecerse a ellas en uno o varios aspectos (Escutia, 1992).

Para Erikson (1974), “la formación de la identidad comienza donde termina la utilidad de la identificación... pasando por la elaboración de su individualización” (Cit. en Escutia,1992, p.28).

Para llegar a la individualización la persona debe reconocer sus propias potencialidades y necesidades; tal hecho es lo que hace posible un proyecto de vida. El adolescente, inquieto por su futuro, comienza una búsqueda de sentimientos, valores y actitudes proyectada hacia los demás (ibid).

Marcia citado por Bielher, R (1983) estableció cuatro tipos de identidad:

- a) Difusa. El joven experimenta una crisis ya que hasta ahora no había tenido la oportunidad de experimentar pensamientos serios respecto a la ocupación, roles sexuales o valores. Es a través de conductas tales como impulsividad, poca autodirección, desorganización y evasión de trabajo escolar y relaciones interpersonales que da la impresión de evadir tales pensamientos.
- b) Moratoria (moratoria psicosocial: atraso en el compromiso). Los adolescentes, conscientes de sus crisis, buscan una identidad pero sin encontrar respuestas satisfactorias. Se muestran renuentes a los valores de los padres y autoridades, son soñadores incansables.
- c) Adquisición de identidad. Los comienzos en la autoelección de compromisos los inician en la adquisición de la identidad. Pero la sensación de triunfo no es inmediata ni total y, mientras tanto, la autoestima se encuentra en reconstrucción.
- d) Juicio. Referente a la elección laboral, roles sexuales y valores. En su esencia conservan los valores vividos en la familia. Una parte del joven que puede desempeñar y aceptar voluntariamente los puntos de vista de sus padres.

En 1972 Erikson destacó que la crisis de identidad del adolescente es tanto psicológica como social. El joven que atraviesa por la crisis de identidad se encuentra a sí mismo a medida que encuentra su dimensión comunitaria. Es una búsqueda de sentido de continuidad e igualdad personal, tanto consciente como inconsciente. Se enfrentan en él, características propias de su personalidad, los valores y conductas desarrolladas a lo largo de su vida con las elecciones que ahora se le presentan; todo esto dentro de pautas culturales e históricas y generándole conflictos que pueden conducirlo a estados mentales contradictorios. Sin embargo, además del aspecto psicosocial, cabe destacar también los factores psicobiológicos propios de la etapa. La crisis de identidad dependerá entonces tanto del pasado como del futuro de la persona.

La identidad psicosocial se presenta durante toda la vida, pero se encuentra en crisis en la adolescencia; Erikson subrayó también el término ritualización, definido como: *"interjuego acordado por lo menos entre dos personas que lo repitan a intervalos significativos y dentro de contextos recurrentes; y este interjuego debe poseer un valor adaptativo para los respectivos yos de ambos participantes"* (Erikson, 1972, p 77).

La ritualización en la adolescencia la describió de dos formas: una conformista y otra extremista, pero en ambos casos evidente. Al respecto señaló: *"gran parte de la demostración juvenil en público o en privado representa la dramatización de una búsqueda espontánea de nuevas formas de ritualización estilística o ideológica inventada por o para la propia juventud. Desafiante y burlonas, rara vez desenfrenadas y con frecuencia profundamente sinceras, esas nuevas ritualizaciones intentan contrarrestar la carencia de significado de las convenciones existentes"* (Erikson, 1972 p. 104-105).

Para Erikson “esto inicia la etapa del enamoramiento, que no es en modo alguno total o siquiera primariamente sexual, salvo cuando las costumbres así lo exigen”. El amor adolescente puede considerarse como un intento por definir la identidad, en el que se cree que el adolescente se refleja y se aclara gradualmente en el otro. De manera semejante se forman los grupos de adolescentes, se forman estereotipos, ideales semejantes e incluso prejuicios en común donde el que es distinto a ellos es ajeno al grupo. Esto último es un sentimiento de intolerancia característico de la juventud que funciona como “una defensa contra una confusión en el sentimiento de identidad” (Cueli, 1997 p. 188).

En el aspecto social, la juventud toma muy en cuenta la ideología del mundo del que se supone se está haciendo y se hará cargo; así que su identidad puede ser confirmada o por el contrario revolucionada, reformada o renovada. La formación de la identidad tiene en sí un aspecto negativo, aquellas características que el individuo guarda en sí mismo lo hacen sentir diferente o atípico. La contraparte, el aspecto positivo, es esa puerta abierta a nuevos roles y posiciones (Erikson, 1972).

Otros aspectos claves durante la adolescencia son: la ampliación de su participación social, el comenzar a practicar un proyecto de vida propio (distinto al plan de vida complementario a la vida familiar) y la estructuración de la personalidad (Bielher, 1983).

El adolescente se encuentra en el difícil período entre la niñez y la adultez. Algunos de sus progresos previos serán conservados, otros deben renovarse. Tal es el caso de la conciencia moral a la que sumará la ética que ha de desarrollar como adulto (Cueli, 1997).

El adolescente abandona un pasado definido en extremo para identificar e identificarse con un futuro.

Erikson en 1972, identificó en el hombre (en general y no solamente durante la adolescencia) tres aspectos de la identidad psicosocial:

- a) El orden somático: la identidad constantemente se renueva para adaptarse al medio ambiente.
- b) El orden yoico: la persona integra sus propias experiencias y conductas.
- c) El orden social: ubicación consciente, histórico-geográfica.

Estos tres aspectos, como se mencionaba anteriormente, se presentan en cualquier etapa de la vida. Ahora bien, a simple vista parecen apoyarse entre sí, sin embargo al relacionarse uno con otro pueden llegar a ser tan incompatibles que generen conflicto en la persona.

Cabe mencionar en este momento que la juventud siempre es señalada entre otras características como una etapa en la que no sólo se enfrentan problemas sino también se generan. Sin embargo es un fenómeno generacional por el que todos pasamos y como tal debe ser atendido. Los mayores quienes suelen puntualizar tales problemáticas deben tomar cartas al respecto y reflexionar que las acciones de los jóvenes son en parte por necesidad y en parte por estereotipos sostenidos frente a ellos por los adultos.

Erikson, reflexionando acerca de la adolescencia hacia el contexto del año 2000, señaló:

- a) Los adolescentes buscan y prueban nuevas conductas aplicables a la vida que llevan, pero esto los lleva a cuestionar ¿qué es lo aplicable?
- b) Su moral navega entre dos corrientes: el escepticismo respecto a toda autoridad y el pensamiento normativo.

c) El hedonismo, toda experiencia es deseable. Se busca la experiencia pertinente de manera insistente y activa. A través de ella la autoafirmación muchas veces llega a ser una manera de manifestar solidaridad.

d) La sociedad evidencia organizaciones, jerarquías y conductas novedosas.

Los jóvenes cuentan con características que pueden hacerlos sentir capaces y talentosos. Las oportunidades brindadas por la sociedad los impulsarán y ayudarán aún más, en el caso opuesto los obstaculizará (Erikson, 1972).

VI. INTIMIDAD VS AISLAMIENTO (adulthood joven): Etapa correspondiente a la del adulto joven, persona que contando ya con su identidad - producto de la etapa anterior - busca compartirla con otros. Está preparado para llevar a cabo relaciones estables e íntimas, a la vez que cuenta con la ética para cumplir los compromisos que estas conllevan (Cueli, 1997).

El adulto joven se enfrenta al temor de perder su propia identidad; ya que ahora se encontrará con situaciones en las que deberá ser solidario con las personas afectivamente más cercanas a él. En ocasiones gestos como estos podrían parecer autoabandono, pero nos están mostrando lo estrechas que pueden ser sus relaciones. Del lado opuesto nos encontramos con la evitación de experiencias similares como temor de perder su "yo", pero tal conducta lo único que ocasiona es un sentimiento de aislamiento y una autoabsorción (ibid).

En esta etapa existe la posibilidad de desarrollar plenamente la verdadera genitalidad, en etapas anteriores la vida sexual correspondía más a una búsqueda de identidad. La sexualidad en esta etapa, no implica una tarea individual sino de pareja, que utópicamente debería contar con las siguientes características:

1. Mutualidad del orgasmo
2. Con un compañero amado
3. Del otro sexo
4. Con quien uno puede y quiere compartir una confianza mutua
5. Con el que uno puede y quiere regular los ciclos de:
 - a) el trabajo
 - b) la procreación
 - c) la recreación
6. A fin de asegurarle también a la descendencia todas las etapas de un desarrollo satisfactorio (Cueli, 1997 p.191).

Como es de imaginarse con tareas y metas tan complejas se justifica el que se hable de una labor de pareja.

VII. GENERATIVIDAD VS ESTANCAMIENTO (adultez): Al llegar esta etapa el hombre maduro tiene lo que ha generado en las anteriores, ahora debe cuidarlo y necesita sentirse útil e imprescindible. En lo que respecta a la generatividad, la persona ahora buscará guiar a la nueva generación. Lo más común es orientar esta preocupación hacia su propia descendencia, pero por diversas circunstancias puede ser que se aplique en otros. Para el psicoanálisis, la generatividad es parte esencial del desarrollo psicosexual y psicosocial. Cuando la generatividad no se ha dado, nace un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, una "necesidad obsesiva de pseudointimidad" (Cueli, 1997 p.192).

VIII. INTEGRIDAD DEL YO VS DESESPERACIÓN (madurez): El ser humano ha sido generador de otros seres humanos o productos e ideas, cuenta con la idea de cierto orden del

mundo y sentido espiritual. En esta etapa se acepta a sí mismo, a la vida que ha llevado y su integridad. Es decir, defiende su propio estilo de vida. La aceptación de esto prepara a la persona para la muerte. Por el contrario la no integridad del yo provoca un temor hacia la muerte, una no aceptación de la propia vida como la esencia de la existencia y una búsqueda desesperada por intentar otra vida, caminos alternativos hacia la integridad (ibid).

1.2.2 TEORÍA DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO DE JEAN PIAGET

Jean Piaget nació el 9 de agosto de 1896 en Ginebra, Suiza (Delval, 1994). En 1915 se graduó como biólogo y en 1918 como doctor en ciencias naturales en la Universidad de Neuchâtel, Suiza. Sin embargo desde que era un adolescente se interesó por otras disciplinas como la filosofía, religión, sociología y psicología. Una de sus principales expectativas fue vincular a la biología con la epistemología, no obstante se percató que ello debía realizarse a través de un vínculo científico, así optó por considerar a la psicología evolutiva como mediadora entre éstas dos, creando finalmente a la Epistemología genética (Flavell, 1983). La genética es considerada como la génesis o modo de desarrollo, en tanto que la epistemología connota a la teoría del conocimiento científico (Cueli, 1997).

Su gran interés por estudiar el desarrollo de los niños lo llevó a seleccionar el método clínico, el cual consiste en presentarle un problema al niño para observar su modo de resolverlo. A través de dicho método se cuestiona al niño constantemente a fin de saber que proceso del pensamiento lo llevó a la determinación de su respuesta considerando que no todos los niños comprenden de igual manera las mismas preguntas.

La problemática central de su epistemología genética era el estudio de ¿qué es el conocimiento?, ¿cómo se construye? y ¿cuáles son las acomodaciones continuas que experimenta y los mecanismos por los cuales se desarrolla?. Para entender el estudio de Piaget, es necesario conocer conceptos básicos de su teoría:

- a. Conocimiento: considerado como un proceso que cambia y evoluciona a lo largo de la vida del individuo a través del actuar con acciones físicas y mentales o ambas.

- b. Percepción: consiste en un caso particular de actividades sensomotoras cuyo carácter especial depende del aspecto figurativo del conocimiento de lo real vinculado a la acción que transforma dicho conocimiento, determinando en cierta medida el establecimiento de posteriores operaciones del pensamiento (Piaget, 1969).
- c. Memoria: está sujeta a las experiencias pasadas del niño y a su madurez interna, por ello considera a la memoria como activa (Cueli, 1997).
- d. Esquema: organización que nos permite interpretar la realidad; es un marco que nos ayuda a comprender y adaptarnos a ésta. Proviene de la interacción con el medio exceptuando los esquemas reflejos. Los esquemas pueden ser: reflejos, hábitos (conductas aprendidas), representativas (lenguaje), dibujo (funciones simbólicas). Todos los esquemas tienen las funciones de acomodación, crecen en cantidad y toman diferente naturaleza (representativos, operativos, etc).
- e. Asimilación: es la incorporación de información a los esquemas y por lo tanto a la estructura del organismo.
- f. Acomodación: modificación de la organización de los esquemas existentes para que se ajusten a un nuevo objeto (Hersch, 1988).

Ambas son parte de la equilibración, es decir, de cómo el organismo o las ideas concuerdan con el medio exterior y con la realidad.

Tanto la asimilación como la acomodación son consideradas como invariantes funcionales, ya que son características de todos los organismos a lo largo de la escala biológica. Independientemente de los distintos contenidos de estos procesos se deben encontrar en un equilibrio dinámico, para que en determinado tiempo su funcionamiento pase de lo biológico a lo intelectual y de esta forma el individuo llegue a ser maduro para exhibir soluciones nuevas a los problemas.

- g. Estructura: son todos los esquemas categorizados, organizados bajo ciertas leyes, crecen en cantidad y se hacen de diferentes formas. Piaget reconoce solo tres estructuras: sensoriomotoras (grupo de desplazamiento) operaciones concretas (agrupaciones lógicas) y operaciones formales (grupo INCR).
- h. Estadio o Etapa de desarrollo: es un periodo de tiempo en donde tiene lugar la formación, desarrollo y consolidación de determinadas estructuras intelectuales. Tales estructuras son aspectos cualitativos del desarrollo, tales como los cambios de organización conductual, aparición de temas nuevos de conducta y desaparición de las anteriores. El equilibrio como proceso, en la teoría de Piaget, tiene la función principal de favorecer el cambio de un estadio a otro.

Para Piaget existen cuatro factores que interactúan en el desarrollo del pensamiento:

1. Maduración: cambios biológicos predeterminados genéticamente.
2. Experiencia física y pensamiento lógico matemático: acción del individuo sobre su medio que le permite ir aprendiendo de éste, para posteriormente elaborar construcciones que establezcan las relaciones existentes entre las acciones y su medio
3. Transmisión o interacción social: aprovechamiento y contribución de experiencias y conocimientos producto de las interacciones sociales.
4. Equilibración: es un proceso de autorregulación, es decir, de una serie de compensaciones activas del sujeto en respuesta a perturbaciones exteriores a las conductas ya existentes (Piaget, 1969).

Todo el desarrollo intelectual se puede explicar a través del buscar formas de equilibración cada vez más superiores.

Piaget concibe el desarrollo intelectual como un proceso continuo de organización de estructuras. El desarrollo de la inteligencia humana desde la infancia hasta la adolescencia está determinado por el modo regulado y ordenado de las estructuras mentales concretas que se han generado hasta cierto punto en la vida del niño cubriendo sus necesidades hasta ese momento. Por tal motivo, Piaget establece que el desarrollo cognoscitivo se va a dividir en una serie sucesiva de períodos y estadios. En los cuales el individuo descubrirá las posibilidades cognoscitivas organizadas y los límites que caracterizan el pensamiento y el proceso afectivo de un niño en un momento determinado de su desarrollo. Es decir, el afecto se desarrollará paralelamente al conocimiento; las emociones vividas cambiarán a medida que se desarrollen nuevas habilidades de interpretar una diversidad de situaciones (Hersh, 1988).

Los períodos son los siguientes cuatro:

1. Período sensoriomotor: Abarca del nacimiento a los dos años. Es la primera etapa del desarrollo cognoscitivo, en el que el niño conoce al mundo a través de sus propias acciones su conducta se establece por medio de reflejos, conductas azarosas y orientadas a una meta.

Para su estudio esta dividido en seis subetapas:

Ejercicios reflejos (0-1 mes), lo que el individuo hace es ejercitar los reflejos, algunos de estos desaparecerán y otros se irán transformando.

Reacciones circulares primarias (1-4 meses), acciones repetidas que están orientadas hacia su propio cuerpo, por ejemplo, chuparse el dedo.

Coordinación de la visión y la aprehensión (4-8 meses) aparecen las primeras reacciones circulares secundarias y comienzan los primeros actos inteligentes, los cuales son acciones realizadas con la persecución de un fin.

Coordinación de esquemas secundarios (8-12 meses) se realiza una conducta para tener una consecuencia en el exterior, es decir, se hace uso de esquemas conocidos para resolver problemas.

Reacciones secundarias terciarias (12-18 meses) se realizan conductas inteligentes, ya que esta probando todo a su alrededor.

Función semiótica (18-24 meses) se establecen los primeros esbozos de las conductas que representan otras: función simbólica o semiótica. Hay una idea previa de lo que se quiere experimentar, hay una inteligencia práctica.

Así el período sensoriomotor se caracteriza por el énfasis en lo sensorial y la acción motora, la inteligencia práctica y los logros de: la construcción del objeto permanente, primeras representaciones y acceso a la función simbólica.

2. Período Preoperatorio. La edad promedio de aparición es de los 2 a los 7 años. Se desarrollan los procesos de simbolización:

- a. imitación diferida: el niño puede representar una acción en presencia o ausencia del objeto
- b. juego simbólico: el objeto representa cosas que yo quiero con la simple finalidad de la actividad lúdica. Existen cuatro tipos de juego 1. Primitivo, son actividades que sirven para adaptarse; 2. Simbólico, gesto imitador acompañado de objetos que se han hecho simbólicos; 3. De reglas, son transmitidos socialmente de niño a niño, en este juego el niño es el que establece las leyes; 4. De construcción, realiza actividades constructivas como realizar rompecabezas o armar bloques. Se utilizan objetos para representar realidades (cognitivas, afectivas, conscientes o inconscientes) pero adaptándolas a sí mismo.

A través del juego simbólico se aprenden conductas sociales y en sí socializa

- c. Lenguaje: es la repetición interna de los actos externos, este aparece de los tres a los cuatro años, cuando libremente puede hacer uso de símbolos mentales para representar el mundo que le rodea.
- d. Imagen mental: símbolos que representan la comprensión que tiene el niño del medio.

El niño es capaz de relacionarse con mayor habilidad y libertad, ya sea con sus iguales o con adultos. Sin embargo, dichas relaciones son egocéntricas, por que sólo aceptan como válido su punto de vista, descartando el de los otros. Por tal motivo, le es difícil diferenciar entre la realidad objetiva y subjetiva, para él las dos son reales (Hersch, 1987).

Su pensamiento tiende a ser demasiado concreto, requiere de la presencia del objeto para comprender una situación irreversible, para el niño los acontecimientos sólo se dan en una sola dirección; y egocéntrico e intuitivo, ya que comienzan a distinguir la realidad física y la mental aunque de modo incompleto e incongruente; es decir es un pensamiento prelógico, ya que los niños tienen un modo de pensar como “siguiendo una lógica”, en el que perciben las cosas como les parece que éstas son (Craig, 1988).

3. Operaciones Concretas: Comprende de lo 7 a los 11 años. Durante este periodo desaparece el egocentrismo y aparece una lógica que está limitada a la realidad física.

Un punto muy importante es que el niño es capaz de comprender el principio de la reversibilidad, por medio del cual el niño puede revertir mentalmente la operación, para llegar a una solución acertada (inversión, negación y compensación) (Hersh, 1987).

4. Operaciones Formales. De los 11 años en adelante.

Se llega a la etapa plena del pensamiento abstracto. Son abstracciones guiadas por un sistema hipotético-deductivo buscando la causalidad de las cosas. Es un pensamiento más racional, más abstracto.

Se puede delinear, diferenciar y plantear la realidad, es decir, el mundo de lo posible.

La persona consolida el manejo de las preposiciones verbales.

En lo referente a lo moral se llega a la etapa de lo postconvencional, es decir, no sólo se guía por lo que la ley le dice sino por que hay un principio ético-moral entendiendo las leyes como normas que trascienden en la sociedad. Hay una meta-reflexión.

Durante la adolescencia se estructura un grupo matemático de cuatro transformaciones, el grupo INRC, en donde I es la operación idéntica, N la negación, R la recíproca y C la correlativa, según esto la conducta de los sujetos se apoya en esas operaciones lógicas, que se pondrán de manifiesto en su actuación para la resolución de los problemas que se le presentan.

Piaget (1969), realizó un estudio en relación a el preadolescente y las operaciones proposicionales, en el cual destacó que dicho período abarca de los 11-12 a los 14-15 años. Durante este período el individuo ya es capaz de efectuar una serie de transformaciones posibles para un problema o situación determinada, sin necesidad de lo concreto. Este evento ocurre al final de la infancia y al inicio de la adolescencia, en donde se manifiesta una liberación de lo concreto, a favor de lo inactual y hacia el porvenir: edad de los grandes ideales o comienzo de las teorías.

La preadolescencia además de ser un período de amplias expectativas en lo afectivo y social, también lo es para la transformación del pensamiento, ahora ya es capaz de elaborar hipótesis a través de un razonamiento más abstracto.

Durante esta etapa surge el pensamiento formal y el combinatorio cuando el preadolescente puede establecer diversas relaciones y diversas clases, para lograr realizar una generalización en operaciones de clasificación o de relaciones de orden. Ello le permite combinar objetos, factores e incluso ideas, lo que propicia una nueva lógica, por lo que empleará todas las combinaciones posibles y se consolidará la deducción, típica de la adolescencia.

Piaget considera que la adolescencia debe analizarse como una estructura; para ello es importante considerar las diferencias individuales y las características comunes entre los adolescentes. Así mismo, es necesario retomar todas aquellas transformaciones anteriores a la adolescencia, ya que éstos son la conclusión de los períodos antecedentes en el desarrollo cognoscitivo del niño.

Se debe estimar que en la adolescencia se suscitan un sin fin de cambios afectivos, los cuales están estrechamente ligados al desarrollo cognitivo del individuo. Durante las operaciones formales el preadolescente lleva cabo todas las transformaciones posibles, en presencia o ausencia de lo concreto, a través de la deducción. El adolescente optará por interiorizar sus valores o por exteriorizarlos mediante el establecimiento de diversas relaciones interpersonales o sociales.

La adolescencia, de los 15 a los 18 años, es un período esencialmente social. El adolescente ahora ya es capaz de entender el pensamiento adulto, aunque para ello es necesario que experimente por sí mismo todos aquellos valores, conocimientos o normas en las que se ve inmerso; establece sus propios criterios para actuar ante diversas situaciones.

Pero antes de la adolescencia se genera la *pubertad*, 13 años para las mujeres y 15 para los varones. Etapa de cambios en el desarrollo corporal y fisiológico aunado a un cambio de valores

resultante de un pensamiento deductivo. Este pensamiento lo encausa a forjar sus propios valores que fundamentan su plan de vida personal, a pesar de que no se encuentre lo suficientemente preparado para ello. La autonomía, como producto de un pensamiento más evolucionado, le ayuda a comprender el valor de la patria, justicia social, los ideales racionales, estéticos y sociales. (Piaget, 1969).

Una característica primordial es la libre actividad de reflexión espontánea. Suele presentarse un egocentrismo intelectual caracterizado por ser la edad metafísica por excelencia: el yo es bastante fuerte para reconstruir el universo y lo bastante grande para incorporarlo (Piaget, 1964).

Cuando el adolescente encuentra un equilibrio entre el pensamiento formal y la realidad tiende a dejar de contradecir a los demás, debido a una mayor capacidad para anticipar e interpretar la experiencia.

De esta manera cuando el adolescente aplica el pensamiento formal es capaz de reflexionar y criticar diversas situaciones. Ahora ya es capaz de razonar en base a proyecciones y no sólo en su contenido como lo hace un niño (Escutia, 1990).

La afectividad de la personalidad en el mundo social de los adultos se define al final de la infancia con la internalización de reglas sociales y de la afirmación en base a la sociedad misma. Pero la integración de la personalidad sólo se conforma cuando se organiza un plan de vida que sirva de fuente de disciplina para la voluntad e instrumento de cooperación, siempre y cuando el adolescente se sirva de el pensamiento hipotético deductivo (Piaget, 1969). Esto es, el adolescente debe poseer las habilidades intelectuales necesarias que le permitan la intervención del pensamiento y la libre reflexión de sus conductas (Escutia, 1990).

Es preciso considerar que el egocentrismo en el adolescente tiende a presentarse debido a su personalidad incipiente, por la cual se siente igual a los adultos, pero con una proyección hacia ellos muy particular, diferente, debido a los grandes cambios que vive. Es decir su egocentrismo consiste en crearse un plan de vida ambicioso, transformador, innovador y lo suficientemente ideal para dejar atónitos a los adultos. Sueñan en ser hombres líderes, revolucionarios e inteligentes capaces de cambiar la humanidad.

Un valor trascendental en la vida de todo adolescente es el amor, el cual es la proyección de todo ideal a un ser real; de ahí las decepciones tan repentinas y sintomáticas, como flechazos.

Especialmente en las adolescentes el plan de vida esta vinculado más estrechamente a las relaciones sociales. El pensamiento hipotético deductivo en lo relativo a la afectividad induce a la percepción de una jerarquía de valores por que las adolescentes se sienten inmersas y valoradas en función de los demás.

La vida social durante esta etapa se inicia y se establece a través de las relaciones con sus coetáneos. Promueven en los adolescentes crear una sociedad de intercambio ya sea entre amigos íntimos o en pequeñas tertulias, en la que se establecen críticas y acuerdos mutuos por decisión unánime. Otras formaciones sociales adolescentes son los movimientos juveniles, en las cuales se organizan y estructuran en favor de la colectividad.

Así pues el adolescente, al lograr concretar el plan de vida a través de la transformación de los sueños en realidades, finalmente estará adaptado a la sociedad y por consiguiente estará preparado para introducirse al mundo adulto (Piaget, 1964).

1.2.3 TEORÍA DEL DESARROLLO DEL JUICIO MORAL: KOHLBERG

La teoría del desarrollo moral de Kohlberg, anteriormente llamada la teoría de moralización del desarrollo cognitivo, está fundada en los trabajos realizados por Piaget acerca del juicio moral en el niño.

Lawrence Kohlberg, nació en 1927, se graduó como psicólogo en la Universidad de Chicago. Seguidor de la teoría Piagetiana del *juicio moral*; amplió el estudio original para complementar y perfeccionar dicha obra (Hersh, 1987), es importante resaltar que dicho autor elaboró su teoría en investigaciones basadas en niños mayores.

Antes de introducimos a la teoría de Kohlberg, es conveniente especificar varios conceptos: *juicio moral*, es un proceso cognitivo que permite reflexionar sobre los propios valores y ordenarlos en una jerarquía lógica. Asumir roles, es la capacidad de reaccionar ante el otro como uno mismo y reaccionar ante la conducta propia en el rol del otro. Esta capacidad aparece aproximadamente a los seis años, determinando un paso importante en el desarrollo moral del niño.

Otro concepto piagetiano importante es el de *estadio*, un estadio implica diferencias cualitativas en el modo de pensar, es parte de un todo estructurado, parte de una secuencia invariante, es decir, un estadio es precedente de otro existe una mayor complejidad entre uno y otro. Son integraciones jerárquicas las cuales conllevan a una estructuración de los niveles más bajos.

Su metodología consistió en elaborar una serie de dilemas para estimar el estadio de desarrollo moral de una persona. Basándose en las investigaciones de Piaget empleó y adaptó el

método clínico. La entrevista estuvo basada en el juicio moral constituido por tres dilemas hipotéticos. Cada dilema consiste en presentarle una situación difícil al individuo para que elija entre dos valores conflictivos, de tal manera que el investigador pueda percatarse de cómo y por qué llega a una determinación el individuo. Es decir, la respuesta expresa el contenido de su pensamiento y su razonamiento constituye la estructura de su pensamiento, determinando el estadio de juicio moral en el que se encuentra el sujeto (Hersh, 1988).

La teoría del desarrollo moral de Kohlberg comprende tres niveles de razonamiento, en donde cada uno de éstos está dividido en dos estadios:

NIVEL I: MORALIDAD PRECONVENCIONAL. Denominado como tal, debido a que los niños pequeños aún no comprenden las convenciones o reglas de una sociedad (Bielher, 1983). Abarca de los 4 a 10 años. Los niños actúan en función de un control externo, las reglas las impone la sociedad y su obediencia traerá como consecuencia una recompensa o una evitación del castigo (Papalia, 1992).

Estadio 1. Moralidad heterónoma u orientación obediencia-castigo: Los niños consideran los deseos de una figura de autoridad como mandatos rígidos superiores e inviolables, por lo que el niño cree que su cumplimiento evitará el castigo (Ibid).

El pequeño en esta etapa sólo piensa en términos de problemas físicos y soluciones físicas, sin reconocer los derechos y sentimientos de otras personas (Hersh, 1988).

Estadio 2. Individualismo o propósito instrumental e intercambio. Se caracteriza por un avance en las habilidades cognitivas y la asunción de roles. El niño logra entender que las

personas difieren en sus puntos de vista ante una misma situación, por lo que comienzan a coordinar diferentes perspectivas. Se establece el principio de la justicia, fundamental para juzgar los actos de una persona, estipulando que cada uno tiene la facultad de perseguir sus propios intereses (Ibid). Los actos, por tanto, son juzgados en términos de las necesidades humanas más no por el acto en sí (Papalia, 1992).

NIVEL II: MORALIDAD CONVENCIONAL. La aparición de este nivel oscila entre los 10 y 13 años de edad. Una persona desde este nivel enfoca un problema desde la perspectiva de un miembro de la sociedad. Ahora tiene que actuar conforme a las normas morales que establece su grupo social. Por lo que intenta vivir en armonía respetando las normas, para evitar ser castigado y ser considerado un buen miembro de la sociedad (Hersh, 1988). Es decir, el niño ha internalizado las normas de las figuras de autoridad, con el fin de ser aprobados por los otros o para mantener el orden (Papalia, 1992).

Estadio 3. Expectativas interpersonales mutuas. Durante este estadio el preadolescente o adolescente se introduce al nivel moral convencional a la par de las operaciones formales. Una vez que el niño tiene la capacidad de discernir una situación desde el punto de vista de una tercera persona, se le facilitará actuar conforme a lo que las personas esperan de él como parte de la sociedad. El concepto del bien radica en actuar conforme a los propios intereses sin perjudicar a los otros. Los actos se evalúan de acuerdo a los motivos de cada persona considerando las circunstancias en que los realizan. Los individuos van estableciendo relaciones de conocimiento mutuo en relación a las expectativas positivas que depositan los otros en ellos (Hersh, 1988).

Estadio 4. Sistema social y conciencia. El punto esencial de este estadio es la capacidad de tomar en consideración al sistema social al que se pertenece. Los hombres tienden a atenerse a las normas establecidas por la sociedad a través de sus autoridades, sin embargo, el apego a las normas no es radical sino al contrario es el resultado de un acuerdo común. Las normas implican considerar primordialmente los derechos del individuo (Hersh, 1988; Bielher, 1983).

NIVEL III. POSTCONVENCIONAL O DE PRINCIPIOS. La edad aproximada para que un individuo se considere en este nivel es de los 13 años, pero frecuentemente se alcanza sólo a la edad de 20 años, y tal vez nunca en la edad adulta (Bielher, 1983; Papalia, 1992). Las personas discuten un problema desde un punto de vista que sobrepasa las normas establecidas por la sociedad, sus soluciones no están implicadas directamente por éstas. El individuo debe de discernir entre lo real y las normas para llevar a cabo una elección adecuada. También es capaz de discernir entre el bien y el mal. Las personas suelen tener un control interno de su conducta. (Hersh, 1988; Papalia, 1992, 1997).

Estadio 5. La moralidad del contrato, de los derechos individuales y de la ley que se ha aceptado democráticamente. La sociedad suele pensar y actuar conforme a lo que la mayoría de ella consideran correcto para lograr una vida armónica, respetando las leyes estipuladas en la medida de lo posible para lograr dicho fin. Existe un sentido de obligación en los individuos a causa del contrato social de ajustarse a las leyes con el fin de obtener el mayor beneficio y protección de los derechos de todos (Hersh, 1988; Papalia, 1992).

Estadio 6: La moralidad de los principios éticos universales. Cuando un individuo alcanza este período se comporta a favor de lo que él mismo cree que es lo más conveniente, se deshace

de prejuicios e ideas rígidas para consolidar sus propias convicciones o sus normas internalizadas. La censura no depende de los otros si no de él mismo, al no actuar como él cree. Los principios de justicia que se consideran universales son: la igualdad de los derechos humanos y respeto por la dignidad de los seres humanos como individuos (Ibid).

DESARROLLO MORAL DEL ADOLESCENTE

El desarrollo moral esta vinculado estrechamente con el desarrollo cognitivo, de tal manera que el desarrollo del adolescente esta en función de ambos. Para el estudio de éste, es menester establecer que un adolescente se puede encontrar en cada uno de los tres niveles de Kohlberg. Por tal motivo, se realizará una revisión somera acerca de el comportamiento típico en cada nivel.

NIVEL PRECONVENCIONAL: Los adolescentes que se ubican en este nivel acatan las normas para no ser castigados o bien actúan en función de sus propios intereses justificando sus conductas. Si un adolescente adopta cualquiera de ellos, se dice que su pensamiento es característico de la infancia.

NIVEL CONVENCIONAL: Generalmente la mayoría de los adolescentes se encuentra en este periodo. Muchas de sus conductas se basan en la aprobación de los demás u obediencia a la ley. Esto es, el adolescente tiende a actuar correctamente para agradar a los otros o para no transgredir la ley. Cuando los adolescentes manifiestan una doble actitud al enfrentarse a situaciones conflictivas pueden llegar a dar una respuesta positiva o negativa (Papalia, 1993). Como en el caso de los adolescentes al iniciar su vida sexual, una parte de ellos lo hacen con el

fin de sentirse reconocidos por sus iguales, mientras que otra parte deciden no iniciarla por que las normas morales y familiares establecen que hacerlo perjudicaría su reputación.

NIVEL POSTCONVENCIONAL. Durante este nivel el adolescente trata de regirse en favor de sus propios principios morales, aproximadamente cuando ingresa a la universidad.

Considerando lo anterior, los adolescentes aplican el razonamiento moral a muchas situaciones, ya sea de su vida personal, familiar, social o escolar, las cuales trascenderán en su plan de vida personal (Papalia, 1993).

1.2.4 TEORÍA DE LA ADOLESCENCIA DE ARMINDA ABERASTURY

Aberastury define a la adolescencia como: el momento crucial en la vida del hombre que constituye la etapa decisiva de un proceso de separaciones, ya que el entrar en el mundo de los adultos significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño en donde los padres tienen que desprenderse del hijo niño y aceptar al hijo adulto, lo que implica muchas renunciaciones de su parte. Es un período de contradicciones, confuso, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social; las separaciones que experimenta el sujeto a lo largo de su vida son: (1) el nacimiento, (2) al final del primer año de vida, la posición erecta, la marcha y el lenguaje y (3) la adolescencia; siendo esta última la más importante.

Para Aberastury, el término adolescencia se aplica específicamente al período de la vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo cuyos límites se fijan, por lo general, entre los 13 y los 23 años: en las mujeres de los 12 a los 21 años y en los hombres de los 14 a los 25 años.

La problemática del adolescente inicia con los cambios corporales que experimenta y los cambios psicológicos que esto conlleva. Éste siente que debe planificar su vida, controlar los cambios, adaptarse al mundo externo, esta inserción al mundo social de los adultos es lo que va definiendo su personalidad y su ideología. Su nuevo plan de vida lo lleva a plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales y afectivos.

El inicio de la madurez sexual en la adolescencia incita a el sujeto a relacionarse con el otro sexo, se define su rol procreador (capacidad de engendrar), inicia la búsqueda de objetos de amor

1.2.4 TEORÍA DE LA ADOLESCENCIA DE ARMINDA ABERASTURY

Aberastury define a la adolescencia como: el momento crucial en la vida del hombre que constituye la etapa decisiva de un proceso de separaciones, ya que el entrar en el mundo de los adultos significa para el adolescente la pérdida definitiva de su condición de niño en donde los padres tienen que desprenderse del hijo niño y aceptar al hijo adulto, lo que implica muchas renunciaciones de su parte. Es un período de contradicciones, confuso, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social; las separaciones que experimenta el sujeto a lo largo de su vida son: (1) el nacimiento, (2) al final del primer año de vida, la posición erecta, la marcha y el lenguaje y (3) la adolescencia; siendo esta última la más importante.

Para Aberastury, el término adolescencia se aplica específicamente al período de la vida comprendida entre la pubertad y el desarrollo completo del cuerpo cuyos límites se fijan, por lo general, entre los 13 y los 23 años: en las mujeres de los 12 a los 21 años y en los hombres de los 14 a los 25 años.

La problemática del adolescente inicia con los cambios corporales que experimenta y los cambios psicológicos que esto conlleva. Éste siente que debe planificar su vida, controlar los cambios, adaptarse al mundo externo, esta inserción al mundo social de los adultos es lo que va definiendo su personalidad y su ideología. Su nuevo plan de vida lo lleva a plantearse el problema de los valores éticos, intelectuales y afectivos.

El inicio de la madurez sexual en la adolescencia incita a el sujeto a relacionarse con el otro sexo, se define su rol procreador (capacidad de engendrar), inicia la búsqueda de objetos de amor

fuera del seno familiar, el cual culminará al encontrar pareja, la condición necesaria para que esto se logre de manera adecuada será cuando el adolescente logre un desprendimiento de la relación anterior con los padres.

La maduración sexual e intelectual del niño son dificultades que el adulto debe aceptar y asumir, y tomar en cuenta que es una etapa difícil tanto para el niño como para el adulto. Esta etapa lleva al adolescente a abandonar su identidad infantil, lo que implica adquirir una identidad adulta, con su correspondiente ideología (Aberastury 1978).

Aberastury (1987) describe a través de una sintomatología que comprende diez etapas lo que ella llamó "Síndrome General de la Adolescencia" las cuales son:

1. BÚSQUEDA DE SÍ MISMO Y DE LA IDENTIDAD

Es importante recordar que el aparato psíquico del individuo se conformó inmediatamente después del nacimiento aunque con el paso de los años se va adaptando a las necesidades del individuo. La identidad es parte del desarrollo evolutivo del adolescente. En este desarrollo el niño entra en la adolescencia lleno de inquietudes y conflictos que aumentan significativamente.

El conocerse a sí mismo y comprenderse como individuo es el nivel de maduración que se espera del adolescente.

En la etapa de la pubertad es donde ocurren los cambios físicos más importantes dentro del desarrollo evolutivo del individuo y que son parte importante dentro del proceso de definición de sí mismo, ya que el cuerpo y el esquema corporal son muy importantes. En este aspecto los cambios se dan en tres niveles y son:

(1) La activación de las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis para realizar la modificación sexual.

(2) Las consecuencias de la secreción de estas hormonas las cuales se reflejan en la producción de óvulos y espermatozoides maduros.

(3) El desarrollo de las características sexuales secundarias: agrandamiento del pene y testículos o del útero y vagina. Desarrollo de las características sexuales primarias: maduración de los pechos, crecimiento del vello pubiano y axilar, cambios de voz, modificaciones de peso, talla y proporción corporal.

El esquema corporal es la representación mental que el sujeto tiene de su propio cuerpo como resultado de sus experiencias.

Como una manera de mantener la misma continuidad en un mundo y momento lleno de cambios, surge la búsqueda de identidad, la cual es un proceso psicológico y social del individuo dentro de su propia cultura (Cit. en Aberastury, 1987).

Sorenson menciona que la identidad es un sentimiento interno del individuo que necesita ser aceptado por otro individuo para poder llegar a la conclusión de “Saber quién soy” (ibid).

En su búsqueda de identidad el adolescente tiende a utilizar las situaciones de la manera más favorable para él. Aunque en ocasiones tiende a buscar lo que Erikson llamó “identidad negativa”, la cual consiste en que el adolescente prefiere ser alguien negativo a no ser nada. De las identidades que adopta el adolescente las más comunes son:

(1) Identidades transitorias, se adoptan por un período de tiempo;

(2) Identidades ocasionales, se dan frente a cuestiones nuevas;

(3) Identidades circunstanciales, provocan confusión para los adultos ya que se presentan como identificación parcial de algo y no total como en las dos anteriores.

Estas identificaciones se presentan en ocasiones de manera sucesiva o simultánea dependiendo de la circunstancia por la cual esta pasando el adolescente.

La identidad del adolescente se puede definir como *el cambio de relación que el individuo hace tanto consigo mismo como con los padres*. Es un paso para su preparación a una etapa de adultez.

2. TENDENCIA GRUPAL

El adolescente recurre a un grupo en búsqueda de su identidad, el grupo puede brindar seguridad y estima personal y actúa como un refuerzo de personalidad en donde todos se identifican con cada uno y el adolescente se inclina hacia los preceptos colectivos como son: modas, costumbres, etc.

En el grupo el adolescente transfiere su dependencia de los padres a una transición de independencia adulta necesaria en esta etapa. El grupo sirve como un medio social en el cual el adolescente logra realizar proyecciones, identificaciones más libres que las que puedan realizarse en casa.

Se da un fenómeno llamado "fracaso de personificación", el cual es consecuencia de la necesidad de dejar rápidamente los atributos infantiles y asumir obligaciones y responsabilidades que aún no le corresponden.

3. NECESIDAD DE INTELECTUALIZAR Y FANTASEAR

Esta necesidad es una forma típica del pensamiento adolescente ya que es una manera de compensar las pérdidas que implica esta etapa de desarrollo como son: la renuncia al cuerpo y al

rol infantil y a la tutela de los padres. Estos pensamientos sirven como mecanismos defensivos típicos ante pérdidas tan dolorosas para el adolescente.

Los cambios dentro de la identidad del adolescente le ayudan a poder forjarse una identidad adulta, la cual se vislumbra cada vez más cercana; hecho que lo angustia y provoca que se refugie en la fantasía. Esta huida del mundo real permite al individuo un equilibrio, un reajuste de sí. Es en esta etapa donde regularmente el joven se dedica a actividades artísticas, literarias y a veces altruistas.

4. CRISIS RELIGIOSA

En esta etapa de la vida el sujeto cae en los extremos, de un ateo irritable a un místico muy fanático. El adolescente utiliza en la mayoría de los casos a la religión o a la figura de la divinidad como una respuesta o salida a todos los problemas de angustia que vive en su búsqueda de identidad y de sí mismo.

5. DESUBICACIÓN TEMPORAL

En su conducta observable el adolescente sufre de una desubicación temporal que por lo regular desconcierta a los adultos, ya que el tiempo para el adolescente no tiene la misma importancia o sentido que para el adulto. Por ejemplo: la adolescente llora desesperadamente ante la actitud indiferente del adulto que no contempla la necesidad "inmediata" de tener un vestido nuevo para el próximo baile, cuando faltan aún tres meses para éste.

El adolescente a veces no logra distinguir entre el presente, el pasado y el futuro. El tiempo se caracteriza por estar indiscriminado y a veces une y convierte el pasado y el futuro en un auténtico presente.

El hecho de que el adolescente no discrimine el tiempo es una forma de defensa para poder manejarlo y adaptarse a cada situación según su conveniencia e intereses.

El transcurrir del tiempo se va haciendo cada vez más consciente y adquiere nociones de tiempo ubicado cronológicamente.

Los primeros indicios de una discriminación temporal son que el sujeto asuma una nueva etapa de desarrollo y acepte que ya no es un niño, lo cual logra cuando puede hablar de su niñez pasada y su adolescencia actual. Por esto es importante considerar que la búsqueda de la identidad del adolescente está ligada con su capacidad de concebir el tiempo.

6. EVOLUCIÓN SEXUAL DESDE EL AUTOEROTISMO HASTA LA HETEROSEXUALIDAD

La sexualidad adolescente nace con los caracteres sexuales primarios y secundarios. En las niñas se manifiesta con el desarrollo de los senos, aparición del vello pubiano y axilar y culmina con la aparición de la menarquia. En los niños aparece el vello pubiano, aumenta el tamaño de los órganos genitales, vello axilar y finalmente el vello facial.

En esta etapa el desarrollo sexual está dirigido más a un contacto genital de tipo exploratorio y preparativo, que a una genitalidad con finalidad reproductiva. Así se inicia la vida sexual del adolescente con contactos superficiales como las caricias, las cuales son cada vez más profundas y más íntimas.

El enamoramiento es una característica muy peculiar del adolescente, ya que exhibe la parte más frágil pero intensa de su personalidad.

La curiosidad sexual surge en algunas ocasiones a través del interés por revistas pornográficas, exhibicionismo y vouyerismo, manifestado en la vestimenta, cabello, bailes, salidas, entre adolescentes del mismo sexo, etc.

La masturbación cumple un importante papel dentro de la vida genital y/o sexual del individuo, ya que el niño pequeño explora sus genitales con la finalidad de conocer su cuerpo.

El adolescente en cambio descubre en los genitales una identidad consciente ya que han adquirido características nuevas y en muchos casos la masturbación es una prueba evidente del funcionamiento sexual y un reconocimiento de los órganos que lo ayudará a la relación genital futura.

En muchos casos la masturbación debe verse como un fenómeno normal del adolescente que le permite considerar sus genitales como propios e integrarlos al concepto de sí mismo y a formar la propia identidad genital con capacidad procreadora como la que posee un adulto. La genitalidad adulta puede definirse como la capacidad del individuo de ejercer su genitalidad de manera plena, aceptando la culminación a nivel genital de la unión con otro sujeto del sexo opuesto, así como la aceptación de la capacidad de procrear.

7. ACTITUD SOCIAL REVINDICADORA

En el proceso de cambio el adolescente se enfrenta a que debe identificar sus figuras paternas y superarlas creando en muchas ocasiones estereotipos, para así alcanzar su equilibrio biológico y psicológico.

En todas o casi todas las culturas existe una concepción del adolescente, caracterizada por las relaciones hostiles con los adultos. La llamada actitud social reivindicadora no es más que las modificaciones o adaptaciones que el adolescente hace hacia la sociedad que lo restringe en muchos ámbitos. Las modificaciones o adaptaciones son consecuencia de que el adolescente no encuentra un camino adecuado para la propia expresión y su aceptación dentro de la sociedad en la cual está inmerso.

Las intelectualizaciones y fantasías conscientes hacen que el individuo transforme su pensamiento en acción social, política y cultural verdadera como resultado de su desarrollo evolutivo.

8. CONTRADICCIONES SUCESIVAS EN TODAS LAS MANIFESTACIONES DE LA CONDUCTA

Los adolescentes no pueden mantener una línea de conducta rígida, permanente y absoluta aunque muchas veces lo intentan. Su personalidad está llena de procesos de proyección e introyección acelerados, inestables y comunes. Sólo el adolescente mentalmente enfermo podría mostrar rigidez en la conducta.

9. SEPARACIÓN PROGRESIVA DE LOS PADRES

Una de las tareas básicas en busca de su identidad es la separación progresiva de los padres, favorecida por los cambios biológicos propios de la edad.

La evolución de la sexualidad del adolescente depende en gran medida de la manera en como los padres aprendan a desprenderse de sus hijos, ya que es muy común que los padres nieguen el crecimiento de los hijos.

La forma en que los padres juegan su rol dentro de la vida familiar, es muy importante. Por ejemplo, el padre que asume su rol de manera bien definida y responsable, ayuda al adolescente a que este logre un desprendimiento más fácil y una transición adecuada a su nueva etapa de desarrollo. En cambio cuando el padre no asume su rol de una manera adecuada, provoca en el adolescente la búsqueda externa de las figuras paternas, exponiéndolo a una identificación inadecuada o destructiva.

Es en estos momentos en donde el adolescente idealiza y se identifica con ídolos de distintos tipos deportivos, musicales, etc.

10. CONSTANTES FLUCTUACIONES DEL HUMOR Y ESTADO DE ÁNIMO

Sentimientos como ansiedad y depresión son características propias de la personalidad adolescente debido a las pérdidas que ha sufrido: su cuerpo, su rol y sus padres. El adolescente se refugia en si mismo y en el mundo interno que ha formado. La intensidad y frecuencia de estos procesos de duelo son los que hacen que el sujeto tenga fluctuaciones de su estado de ánimo.

CAPITULO II

SEXUALIDAD

- 2.1 Inicio de la vida reproductiva
- 2.2 Rol de género y conducta de riesgo en la adaptación de género
- 2.3 Tendencias y niveles de fertilidad en adolescentes en América
- 2.4 Conducta reproductiva y crecimiento demográfico

2.1 INICIO DE LA VIDA REPRODUCTIVA

La adolescencia, etapa por demás de grandes cambios, suele confrontar sentimientos, formas de ser, estilos de vida y actitudes del propio adolescente, éste comienza a lidiar con sus repentinos cambios físicos y psicológicos; la constante interacción con algunos que ahora le interesan como pareja (novio-a) y en algunos casos la precipitada iniciación sexual. La cual suele llevar a los adolescentes a situaciones riesgosas que pueden culminar en hechos tales como el embarazo precoz no deseado y el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Con el consecuente daño psicológico y social (Susheela, 1990).

La Dra. Petersen menciona que la salud del adolescente en términos generales se considera óptima pero cuando se presentan enfermedades suele atribuirse al resultado de su comportamiento (Cit. en Morris, 1994). Sin embargo, es importante reflexionar, el por qué de estos eventos, sus causas pueden indicar la ausencia de comunicación en relación a la educación sexual. Los mitos y tabúes alrededor de la sexualidad adolescente, conllevan a incrementar el número de embarazos durante esta edad. Aunado a ello, se propicia un problema adicional al gobierno de cada nación que se ve obligado a otorgar un fondo financiero destinado a crear centros de apoyo médico y psicológico orientados a esta población (Susheela, 1990).

El inicio de la vida fértil de la mujer se marca con la menarquia o primera ovulación. Su presencia varía en rango de edades, pero se encuentra estrechamente relacionada con factores biológicos y socioculturales; ya que algunos estudios han encontrado que en regiones con mayor nivel de desarrollo se presenta antes y muy probablemente por cuestiones de salud y

nutricionales. Cabe destacar también la importancia de los factores genéticos y climáticos (CONAPO, 1996).

La aparición de la menarquia en las púberes ocurre cada vez más a edades más tempranas. Es este evento un indicador de que la mujer ya es capaz de concebir otra vida, aunque no tenga la madurez física ni psicológica suficiente para ello (Carrillo, 1990).

En el México actual el rango promedio de edad en que aparece la menarquia es de entre 12 y 14 años. En la generación de los cuarenta el 56.9% experimentaba la menarquia antes de los 14 años mientras la generación de los setenta en 76.4% (CONAPO, 1996).

Tanto la iniciación sexual de la mujer como la del varón suelen ser forzadas por presiones sociales, ya sea por amigos, familiares o bien por la cultura joven, debido a que la virginidad ahora se considera como una situación vergonzosa. Por lo tanto, si el adolescente se ve ante una situación similar, al tener su primera relación sexual, en lugar de sentir placer sentirá incomodidad, dolor y trauma. Por lo tanto la iniciación precoz como una experiencia dolorosa está vinculada a que tanto varones como mujeres disponen de una vaga cultura sexual ya que no se ha recibido información y orientación seria al respecto (Lutz, 1994).

Monroy (1984) citó, como edad de inicio de la actividad sexual un promedio de 16.1 años para ambos sexos, y García (1981), obtuvo en su estudio un promedio de 16 años para los hombres y 19 años para las mujeres (Velasco, 1994).

La Encuesta Nacional Demográfica arrojó los siguientes datos: un 7.9 % de las mujeres entre 15 y 19 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y el 56.4% entre los 15 y 19 años.

CORA y la Academia Demográfica Médica coinciden en destacar la edad de inicio de las relaciones sexuales, la edad promedio para los varones era de 15.7 años y 17 años para las mujeres; asimismo se menciona que un 12.7% de los hombres y un 26. % de las mujeres se inician en la actividad sexual antes de los 15 años (Carrillo, 1990; Susheela, 1990).

Darroch Forrest Jaqueline, en 1994, señaló que en un estudio realizado por la AGI (Alan Gutmacher Institute) en México un 46% de las mujeres tiene su primera relación sexual durante la adolescencia (Cit. en Morris, 1994). Datos más recientes reportados por los CMA del DIF en 1997 destacan que el 25 % de la población en México corresponde a jóvenes entre los 12 y 22 años, cuyo inicio de la actividad sexual es considerado en promedio entre los 16 y 17 años en las mujeres y entre 15 y 16 en los varones. Si tomamos en cuenta una educación sexual inadecuada, la confusión de normas y valores y la falta de preparación en cuanto a uso de métodos anticonceptivos. La iniciación sexual a tan cortas edades resulta alarmante. Las mujeres de 12 a 22 años representan el 24 % de la población de las mujeres en edad fértil, de estas adolescentes se considera que anualmente 2 de cada 10 quedan embarazadas (SNDIF, Círculos de Madres Adolescentes, 1997).

En general la iniciación sexual en los adolescentes varones se perfila mucho antes que en las mujeres, como consecuencia de una cultura machista que orilla al joven a tener relaciones sexuales a temprana edad con parejas mayores (3.6 años en promedio), prostitutas y/o empleadas domésticas (Susheela, 1990).

En lo que se refiere a los varones, podemos destacar la gran inquietud sexual hacia sus compañeras. Cuando los adolescentes se percatan de los cambios fisiológicos implicados en esta edad, suelen también enfrentarse a un cambio de comportamiento sexual, cuya solidificación se verá afectada por mitos y tabúes circundantes en su sociedad. Pick y cols (1994) ejemplifican ello, mencionando premisas como: la masturbación provoca locura; la primera relación sexual no provoca embarazo; si una adolescente tiene relaciones sexuales se le va notar; el primer contacto sexual es siempre doloroso, etc.

La actividad sexual en los varones ha sido hasta cierto punto bien vista en la sociedad, los padres promueven y fomentan su inicio lo más antes posible, a la mujer en cambio se le reprime la actividad sexual, ya que se considera que el inicio de su vida sexual la deforma personal y socialmente (Carrillo, 1990).

Mitificar estas creencias sociales a base de la ignorancia y la represión no evitarán el impulso sexual del adolescente, por tal motivo es preciso crear una educación sexual formal que promueva las alternativas vinculadas a esa edad.

Byre y Carrol (1985) después de realizar un estudio, señalaron las diferentes motivaciones para ambos sexos en cuanto a las relaciones sexuales, siendo éstas: para el hombre “el placer y las razones físicas y para la mujer el amor, la devoción, el compromiso y las emociones” (Velasco, 1994, p.32).

Al cuestionar acerca de cual fue el primer compañero sexual, la mayoría de las respuestas de las adolescentes fue que su primer compañero sexual fue su amigo o novio y expresan haber tenido una comunicación y sentimiento de amor hacia su compañero (UN, 1989).

2.2 ROL DE GÉNERO Y CONDUCTA DE RIESGO EN LA ADAPTACIÓN DE GÉNERO

Los estudiosos de la teoría de los roles describen a la vida social como una "actuación teatral" donde hay escenas, máscaras y guiones prescritos; tales roles permiten alguna libertad de interpretación a quienes los desempeñan; las grandes representaciones se definen según el modo particular que tuvo el actor para interpretar su papel (Myers, 1990).

Desde la perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articulan 3 puntos básicos:

1. La asignación (rotulación, atribución) de género. Dicha asignación, se establece en el momento que nace el bebé, como consecuencia de la apariencia externa de sus genitales.
2. La identidad de género. Se consolida durante la etapa de adquisición del lenguaje; entre los dos y tres años, pero anterior al conocimiento de las diferencias anatómicas sexuales. El niño se identifica con su género al que pertenece a través de sus sentimientos o actitudes de "niño o niña", comportamientos, juegos, etc. Así un niño se asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino. Cuando se consolida la identidad de género, es casi imposible cambiarla.
3. El papel de género. El papel de género masculino o femenino, se forma a través del conjunto de normas y/o prescripciones prevalecientes en una sociedad o cultura determinada. Para dicha dicotomía, algunas veces los estereotipos son tan rígidos, que condicionan y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género (Lamas, 1996).

La división de género basada en la anatomía de las personas, supone además formas determinadas de sentir, actuar y de ser. Ahora es difícil aceptar esta premisa debido a que las

mujeres tienden a desprenderse de las “características femeninas” (valores, deseos, comportamientos) como resultado de un complejo proceso individual y social: el proceso de adquisición de género.

Para Margaret Mead (1935), el que hombres y mujeres hayan ido asumiendo los papeles que se han asignado históricamente a ambos, deja ver la naturaleza maleable del ser humano (Cit. en Lamas 1996).

A lo largo de la historia los roles que han desempeñado tanto la mujer como el varón han ido evolucionando, así en la época de la prehistoria la relación que existía entre los dos sexos era de cooperación, simetría e igualdad. Destacando la gran importancia que tenía la fecundidad de la mujer ya que ésta era comparada con la fertilidad de la tierra (OPS, 1992).

Básicamente existen diferencias biológicas entre los sexos, pero resulta por demás interesante el cómo estas fueron diferenciándolos socialmente; sin embargo, las características biológicas no garantizan las de género. El género es la interpretación social de lo biológico (Lozano, 1997). Las diferencias varón-mujer no son ni tan poderosas ni tan relevantes como todo lo que se dice al respecto; seguramente hombres y mujeres son distintos, pero de ningún modo pertenecen a “sexos opuestos” (Myers, 1991)

Martínez Jesús y Rubio Rosario (1997) destacan que el sexo debe verse desde tres perspectivas: la dimensión biológica, es decir aquella que está impuesta por la naturaleza al azar; la dimensión sociológica, asignado por otros individuos; y la dimensión psicológica, la cual enfatiza la aceptación del propio individuo como mujer o como hombre.

La diferencia sexual es una realidad objetiva y subjetiva presente en todas las razas, etnias, clases, culturas y épocas las cuales nos afectan biopsicosocioculturalmente (Rodríguez, 1994).

Murdock destacó que la diferenciación social que se marca de la niñez a la edad adulta, es lo que marca diferencias en el temperamento entre ambos sexos y no al revés como se maneja regularmente. Por tal motivo, Sullerot (1986) menciona que es más fácil modificar los hechos de la naturaleza que los de la cultura (Lamas, 1996).

Las normas sociales y culturales dan diferentes conceptos de lo que es la vida adulta para cada género y esto se traduce en patrones conductuales estereotipados como son: diferencias y rezagos educativos, así como desigualdad en cuanto a conductas sexuales (Henríquez, 1994).

La diferenciación entre hombres y mujeres radica en las condiciones socioculturales, por lo que a ambos sexos desde su nacimiento se les asigna conductas estereotipadas. A las mujeres se les protege más y por ende se encuentra el mayor tiempo en casa e implícitamente se les adiestra para labores domésticas. Los padres proveen a los hombres de educación y adiestramiento para la vida y no consideran importante darles las mismas oportunidades a las mujeres (Henríquez, 1994). Así desde épocas muy antiguas la diferencia entre géneros, no sólo social sino cultural, se ha visto influenciada por una doble moral tradicionalista en la que se espera que el varón juegue un papel activo, seductor, “conquistador” y por lo tanto sea reconocido socialmente por su hombría en lo que se refiere al ejercicio de su sexualidad. En tanto que la mujer ha tenido que reprimir sus impulsos sexuales, conservar su virginidad premarital, aspecto de gran valor cultural (Díaz, 1982, Cit. en CONAPO, 1994). Dicha ideología sólo ha

contribuido y fomentado que a través de generación en generación, la mujer sea considerada y relegada a ser sólo un objeto de y para los hombres (Lozano, 1997). El desequilibrio dado entre ambos géneros ha propiciado que la mujer se vea a sí misma como una persona de poca valía quien no tiene derechos y evidentemente sea víctima de violencia sexual, en algunos casos intrafamiliar.

Cuando un adolescente comienza a buscar y establecer su identidad como mujer o como varón, lo hace tomando como referencia el patrón de género preestablecido en su sociedad; desde pequeño el niño comienza a identificar y a apropiarse de ciertas conductas y actitudes respecto a su papel esperado dentro de ésta (Henríquez, 1994).

La noción de género, fortalece la imagen establecida de conductas esperadas de lo que debe ser un hombre y una mujer; patrones de conducta que luego son empleados como instrumentos de socialización. La sociedad, ha asignado al varón tradicionalmente como “el sexo fuerte”, aquel que es dinámico y audaz; en contraste de la mujer de la que se espera juegue un papel pasivo, necesitado de protección, adiestrada para el cumplimiento de sus futuras responsabilidades y menos propensas a las conductas riesgosas. Así, los varones son más propensos a sufrir accidentes prevenibles, pero para la adolescente el embarazo precoz es el peor accidente porque en la mayoría de los casos llega a ser irreversible, mientras que en los varones llega a considerarse como “gajes del oficio” (ibid).

Desde el punto de vista biológico, la maternidad ha sido pieza clave para el fundamento de género, sin embargo, la maternidad va más allá de la experiencia del embarazo, parto y amamantamiento, pues a partir de ésta, se generan gran cantidad de sentimientos, conductas y comportamientos; no sólo a nivel individual sino también social.

Marta Lamas (1986) define a la maternidad como el proceso biológico de la gestación, parto y amamantamiento; y al maternaje como la responsabilidad emocional de crianza del bebé y plantea tres formas de manejar el maternaje y crear con ello una nueva sociedad, las cuales son:

- a. Maternidad biológica, se refiere a que se debe dar mayor importancia a la educación sexual no sólo para evitar nacimientos sino para prevenir efectos secundarios como lo es el aborto.
- b. Personas que ejercen el maternazgo, que indica una mayor responsabilidad colectiva para el cuidado y crianza de las criaturas, suponiendo no sólo la creación de suficientes estancias infantiles, permitiendo el que se pueda replantear el papel que ocupan los niños dentro de la sociedad.
- c. Demandas de los hijos ante el maternazgo, es decir, el papel que realmente puede jugar el niño dentro de la sociedad (Cit. en Solis, 1991).

“El desarrollo, estilos de vida y salud, así como sus aspiraciones y oportunidades, se ven afectados por la naturaleza de la sociedad a que pertenece y, dentro de ésta, por su clase social y su género” (Henríquez, 1994, p.16).

Cuando se ejercita una maternidad a edades tempranas, el resultado puede ser el de crear en los niños actitudes y expectativas muy precisas como son: que las mujeres deben sacrificarse para ejercer la maternidad (Chodorow, 1984).

Socialmente existen roles y funciones definidos sexualmente, las mujeres participan ocupando posiciones subordinadas con respecto a los hombres. Cuando además se encuentran embarazadas su situación puede colocarlas en mayor desventaja en el ámbito laboral (Palma, 1997).

Palma (1997) señala que desde una perspectiva de género la adolescente embarazada puede definirse como mujeres adolescentes populares; ahora bien, el concepto de mujeres lo define como seres acatadas a la discriminación y desigualdad y evidentemente subordinadas a las demandas de los hombres. Adolescentes, como un grupo subordinado de la sociedad, quienes son vistos en función del futuro, siendo ellos los más vulnerables a las crisis sociales. Populares, ya que implica pertenecer a un grupo social marginado, carente de poder y participación social en la distribución de los recursos de la sociedad.

En el contexto género, son notables las diferencias en materia de escolaridad, aspiraciones y conducta sexual (Henríquez, 1994). El concepto de mujer actualmente connota directamente la procreación, bajas expectativas de vida tanto profesionales como personales. Sin embargo, aunque los cambios se han venido generando de manera gradual, la mujer ahora se ve involucrada en otras circunstancias diferentes al hogar, tales como la inclusión a programas y servicios de salud y medicina exclusivas para la mujer; la inmersión al campo laboral y la consideración de sus derechos y obligaciones en las reformas políticas (Lozano, 1997).

El factor género es importante en la situación laboral, según la UNICEF 1982 (Cit. en Gutiérrez, 1994), las mujeres necesitan prepararse más en el terreno educativo que los varones para conseguir los mismos empleos a la misma edad y a veces menos remunerados (Henríquez, 1994).

A pesar del avance de las mujeres en el campo laboral, no se han disminuido las marcadas diferencias en cuanto a género dentro de dicho campo, lo que deja ver que la asignación de papeles sociales no se modifica fácilmente (Conway 1987, Cit. en Lamas 1996).

Para Beneria y Roldan la construcción género es un fenómeno histórico proveniente de estructuras macro y microsociales como lo es el estado, la escuela, los medios masivos de comunicación. etc. (Hernández, 1995).

Por otra parte, el entorno social manda al adolescente imágenes estereotipadas acerca de la salud reproductiva para cada género (Henríquez, 1994).

Morris mencionó que la educación sexual parecía tener efectos positivos en las adolescentes, pero quizás poco efecto en el comportamiento de los varones (Petersen, 1994). Por ello, para que la salud sexual y reproductiva sea cada vez más funcional, el varón debe asumir la responsabilidad de su comportamiento sexual y reproductivo, la salud prenatal, materna e infantil, la crianza de los hijos, las ETS entre otras situaciones a las que la mujer se ha venido enfrentando sola, sacando adelante tanto la salud de su hijo como la de ella misma (Lozano, 1997).

Al inicio de la vida sexual activa, varones y mujeres pasan por distintas experiencias. El mensaje para el adolescente es la aprobación y la promoción de un buen desempeño sexual; para la adolescente es un debut sexual tardío. Mensajes como éstos dificultan más la planeación y ejecución de prácticas anticonceptivas (Henríquez, 1994).

A pesar de que se está abriendo ampliamente brecha en la difusión de métodos anticonceptivos, existen barreras psicológicas difíciles de romper con respecto a la práctica anticonceptiva. Por ejemplo, las mujeres jóvenes a menudo temen que la práctica anticonceptiva interfiera con las expectativas de pareja.

En lo que se refiere a ETS se ha encontrado que las mujeres son las que temen más a acercarse a los servicios médicos, pues la sociedad castiga la práctica sexual en la mujer, mientras que en el hombre llega a ser aceptada. Ahora bien, hay mujeres cuya baja condición social las coloca en una posición desventajosa, cuya dependencia social y económica les resta control en circunstancias personales y, por ejemplo, en cuanto a prevención, ejercen el equivalente a la mitad de lo que la ejerce el varón.

2.3 TENDENCIAS Y NÍVELES DE FERTILIDAD EN ADOLESCENTES EN AMÉRICA

“Millones de mujeres de apenas sobrepasados los 15 años juegan a las muñecas con hijos que no saben cuidar”. Lutz, 1997.

Para dimensionar la dinámica de embarazo temprano en México con respecto a América, damos la siguiente información:

Los diferentes niveles de fertilidad del adolescente a nivel mundial, actualmente son atribuidos al alargamiento de la edad de matrimonio de la mujer y al gran número de mujeres jóvenes que tiene relaciones sexuales sin usar anticonceptivos. La literatura especializada ha considerado que estas variaciones se deben a los siguientes factores entrelazados: la fuerte relación que existe entre los niveles de educación, grados de urbanización y oportunidades de conseguir empleo que tiene la población adolescente.

La conducta reproductiva de la adolescente, representa una relación emocional y sexual; que a su vez propicia cambios en la estructura familiar e incrementa la posibilidad de un embarazo.

Algunos datos indican que 3 de cada 4 embarazos adolescentes ocurre en promedio antes de los 18 años, en países de América Latina (UN, 1989).

Morris en 1987 reportó que en países como Brasil, Costa Rica, Guatemala y México una porción de las mujeres entre 15 y 19 años están embarazadas sin haberse casado y muchas de sus uniones se precipitan por el embarazo.

Un análisis realizado por la World Fertility Survey en 1985 explica que 1 de cada 3 mujeres que han contraído matrimonio recientemente, han tenido su primera experiencia antes de contraer matrimonio.

La proporción de adolescentes de 15 a 19 años en unión, está altamente relacionada con el porcentaje de fertilidad de dichos grupos, la cual se refleja particularmente en países con un bajo porcentaje de adolescentes en unión. De aquí se pueden derivar dos posibles razones, la primera que es preferible un matrimonio para la adolescente que un embarazo y segunda, que las embarazadas que no están casadas hacen legítimo su embarazo durante éste o después del nacimiento.

Las uniones legales han sido transformadas conforme a los requerimientos legales que prevalecen y son clasificadas como "matrimonio". El consenso de uniones de América Latina y el Caribe es disperso ya que existen diversos tipos de unión, la complejidad y variación de las formas de matrimonio depende en gran medida de las costumbres y procesos de familia de origen, religión, cultura y contexto en el que se encuentre.

Ahora bien en esta misma región prevalecen las formas de unión no legales y son éstas las más usadas por los adolescentes en su primera unión, las cuales son legalizadas después de un periodo de tiempo (UN, 1989).

En América el porcentaje de uniones consensuales ha ido aumentando mientras que las uniones legales disminuyen; la World Fertility Survey consideró alarmante casos tales como el de Colombia donde después de 20 años el 63 % de las uniones consensuales se habían roto en comparación al 13 % de los matrimonios legales (Gutiérrez, 1994).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

En casi todos los países del mundo las leyes establecen una edad mínima para casarse, el rango de edad puede variar de 14 a 22 años; en América Latina la edad promedio para casarse es de 20.5 años al momento del matrimonio; lo esperado es que a mayor edad, mejor situación de la mujer, mejor nivel de educación y mejores oportunidades laborales (Ibid).

El posponer el matrimonio es muy común en mujeres que viven en países desarrollados. El matrimonio u otro tipo de unión es tomado demográficamente como un determinante a la exposición de las relaciones sexuales y la edad de esta primera unión se calcula a través de la iniciación de estas interacciones sexuales.

Se debe tomar en cuenta que el matrimonio representa una condición que implica una relación sexual regular. En 4 de cada 5 países de América Central 1 de cada 5 mujeres está casada (UN, 1989).

En México durante 1980, el 22.4% de las mujeres entre 15 y 19 años no estaban casadas, el 68.3% de éstas sí lo estaban y el 26.3% estaba en unión.

Por otra parte en 1990 el Alan Gutmacher Institute reportó que en México un 19.9% de las adolescentes de 15 a 19 años de edad han estado en algún tipo de unión; durante ese mismo año, el 44% de las mujeres entre 20 y 24 años se casaron o se unieron consensualmente antes de cumplir los 20 años (Susheela, 1990).

Las características socioeconómicas, de residencia y nivel de educación, tienen una fuerte relación con el matrimonio y la fertilidad.

Las expectativas de matrimonio para una mujer urbana difieren enormemente de una mujer rural, por diversas razones, debido a que en las áreas urbanas las oportunidades educativas y de trabajo para las mujeres se asocian a la exposición de ideas y normas que provocan el

emplazamiento del matrimonio. Mientras que en América Latina y el Caribe, el promedio de mujeres rurales casadas a los 20 años es de 1 de cada 3.

Las adolescentes de áreas rurales con poca o mucha educación tienden a tener más hijos que las que viven en áreas urbanas y que poseen un promedio de 7 años de escuela. Las diferencias educativas del área rural y urbana se observan menos en jóvenes menores de 18 años y es más visto en jóvenes entre 18 y 19 años.

Debe considerarse que gran parte de estas diferencias se deben a las oportunidades educativas para la mujer, ya que éstas son un elemento crucial en el nacimiento de su primer hijo, pues las mujeres con baja educación tienden a embarazarse y a casarse a muy temprana edad.

Con respecto a la escolaridad en México se citaron las siguientes cifras:

El 10.9% no cuenta con preparación escolar

El 11.5% tienen de 1 a 3 años de escolaridad

El 10% estudió de 4 a 6 años y el 6.5% tienen 7 años o más de escolaridad (UN, 1989).

2.4 CONDUCTA REPRODUCTIVA Y CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO.

La población juvenil en el año de 1990 estaba conformada por 133.5 millones en América incluyendo Canadá y Estados Unidos; no obstante es importante destacar que en estas últimas décadas, la población entre 10 y 19 años tuvo un descenso en estos últimos países, mientras en los países latinoamericanos se incremento en un 13.8% (40.1 a 95.7). En el Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y México un cuarto de la población pertenece al grupo etéreo entre los 15 y 19 años, para el año de 1990 en Ecuador, Haití y México se calculaba que la mitad de la población estaba por debajo de los 19.7 años (Susheela, 1990). Mientras que para el año de 1991 Lutz (1997) estimó 82 millones de adolescentes en América Latina y el Caribe.

El 83.1% de los adolescentes y jóvenes del mundo se consideraba habitaban en los países menos desarrollados y en algunos en vías de desarrollo en el año de 1993, lo que hacía para éstos más difícil el encontrar oportunidades, recursos, etc. (Gutiérrez, 1994).

En el año de 1990 de acuerdo al Consejo Nacional de la Población, la población mexicana contaba con 20.1 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad, lo que representaba el 25% de la población total. De estas cifras 4.9 millones correspondían a mujeres en edad fértil (15 a 19 años) (Mendoza, 1994).

En 1994, aproximadamente el 25 % de la población en Latinoamérica y el Caribe, correspondía a adolescentes entre los 10 y 19 años de edad.

1960= 39 millones de adolescentes

1980= 73 millones de adolescentes

2000= se calculan 107 millones de adolescentes (Monroy, Sumano, Tokin, 1994).

Específicamente las adolescentes que llegan a ser madres se enfrentarán a muchas problemáticas a resolver, muchas de ellas propias de la etapa adolescente, pero muchas otras originadas por la situación específica “embarazo adolescente”. Una de éstas problemáticas es la fecundidad. A partir de que ya dio a luz, ahora hay que evitar que vuelva a convertirse en madre mientras no lo desee o no este anímica y físicamente bien para hacerlo. Pues cabe destacar que durante los setentas las mujeres se casaban más jóvenes y por lo tanto el inicio temprano de la reproducción era un factor determinante en el número de hijos por mujer (CONAPO, 1996).

En México la fecundidad tiene repercusiones en la pareja, en la familia o en la madre adolescente o en el padre adolescente en casos específicos. Pero un aspecto importante a destacar como repercusión social, es el papel que juega en el crecimiento demográfico. Definitivamente las tasas demográficas han ido cambiando con el paso de los años, como producto de las diferentes situaciones sociales y políticas, que como estado o país vamos viviendo. Nuestras autoridades han manifestado preocupación por las tasas de fecundidad y se ha buscado disminuirlas, quizás una de sus herramientas más utilizadas ha sido la transmisión de información. De cualquier manera en la actualidad parece ya haber resultados y CONAPO en 1996, reportó un notable decremento en las estadísticas; de un promedio de 7 hijos por mujer en los años sesentas, para 1995 el promedio era de 3, esperando para el año 2000 2.4 hijos por mujer.

Durante ese mismo año, CONAPO citó la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 1992), aquí se reportaban los datos de un estudio llevado a cabo con mujeres de 12 años después de haber tenido a su primogénito, el objetivo de este estudio era observar si la edad

de las mujeres al tenerlo se relacionaba con el número de hijos al momento de llevar a cabo el estudio; los datos obtenidos en el Distrito Federal fueron:

- a) Las madres menores de 18 años de edad al momento de dar a luz a su primogénito, tuvieron un promedio de hijos de 4.03.
- b) Las madres de 18 a 22 años, de 3.44 y
- c) Las madres de 23 años o más, de 2.72.

En el periodo de 1982 a 1987 había un cálculo de 94 nacimientos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años (Blum, 1994).

En México en 1986 por cada 1000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años había 84 nacimientos, así se estimó la cifra de 430 mil; en 1987, un 35 % de las adolescentes de este mismo rango de edad tenían hijos premaritales, entendido por premaritales aquellos nacidos en los 6 meses de unión marital o aquellos nacidos fuera de cualquier tipo de unión (Mendoza, 1994).

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de México en 1982, citó un porcentaje de 12.1 niños nacidos de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad (Escutia, 1992). Lo alarmante entonces, deja verse cuando instituciones como CONAPO (1996) reporta que 1 de cada 6 nacimientos son dados a luz por menores de 20 años y como un dato aún más alarmante, aquellas adolescentes de poblaciones rurales, con menor escolaridad o económicamente más desfavorecidas son quienes experimentan más frecuentemente un embarazo temprano, y con ello una serie de consecuencias que regularmente son “negativas”.

El flujo de jóvenes del área rural a la urbana es constante, por lo que se calcula que para el 2000 el 85 % de los jóvenes se ubicarán en la zona urbana. Con tales cifras es factible imaginar que los servicios existentes para dicha población no sean suficientes y adecuados (Monroy, Sumano, Tokin, 1994).

Con respecto al área de servicios de salud reproductiva, el rápido crecimiento demográfico dificulta su suficiencia y adecuación a las características específicas del creciente grupo etario de adolescentes y jóvenes (Memorias, 1994).

Desde el enfoque del crecimiento demográfico, podemos y debemos destacar entonces la importancia de atender y buscar soluciones para la problemática de embarazo adolescente. En México el problema “demográfico” ha preocupado a las autoridades. Se ha tratado de informar a la población, pero desgraciadamente el origen primordial está en las ideas y las percepciones de las personas, pues los comportamientos reproductivos se relacionan estrechamente con el número de hijos y el momento en que se desea tenerlos (CONAPO, 1996).

CAPÍTULO III

EMBARAZO ADOLESCENTE

3.1 Generalidades

3.2 Educación sexual y embarazo adolescente

3.3 Causas del embarazo adolescente

3.4 Consecuencias del embarazo adolescente

3.5 El apego y la relación madre – hijo: Bowlby

3.1 GENERALIDADES

Desde hace algunos años la investigación acerca del embarazo adolescente se ha encaminado hacia una profundización en cuanto a su origen, desarrollo y consecuencias y en qué manera influye el entorno sociocultural, familiar y de pareja en el desarrollo integral de la mujer adolescente. También se ha detectado la carencia de información que poseen las chicas al enfrentarse a esta situación y gradualmente se han creado centros de atención física y psicológica, los cuales las proveen de medios para prevenir embarazos posteriores no deseados además de fomentar en ellas un autoconcepto favorable no sólo como madres sino como personas.

En América Latina, cerca de un 40% de las mujeres inician su maternidad antes de cumplir los 20 años, según un estudio realizado por la ONU durante 1989.

En México en el período de 1981 a 1990 en el Hospital de la Mujer de la S.S.A; el 28.4% de los partos atendidos durante esos años correspondía a madres adolescentes de 12 a 19 años de edad. En el año de 1990, el 11% de los partos atendidos en este mismo hospital, fueron casos de mujeres menores de 19 años de edad. De las cuales el 85% acudían por su primer embarazo, el 14% para el segundo y el 1% para el tercero (Velasco, 1994 c).

Durante 1990 la Secretaría de Gobernación llevó a cabo un estudio referente a la natalidad registrada en el país, en dicha investigación se encontró que una proporción significativa de los nacimientos reportados en ese año provenía de mujeres entre los 15 y 19 años.

Cabe destacar que generalmente, los embarazos son resultado de las primeras experiencias sexuales e incluso de los primeros compañeros sexuales (Palma, 1997, p.8).

Para poder comprender el embarazo en la adolescencia es indispensable abordarlo desde el nivel macrosocial hasta el individual. Así pues también es necesario retomar cinco componentes que se vinculan con este fenómeno, ya sea como causa, consecuencia o efecto: *la influencia social, la escuela, los compañeros, la pareja y las características personales del adolescente* (Pick & Givaudan, 1994).

3.2 EDUCACIÓN SEXUAL Y EMBARAZO ADOLESCENTE

“La sociedad mexicana continúa viendo al embarazo adolescente como un problema moral, a la joven embarazada como una transgresora y a sus padres como víctimas de la mala conducta de su hija y también como culpables por no haberla sabido cuidar y educar” (Agüero 1994, p. 8).

La educación formal está diseñada para cubrir las necesidades puramente intelectuales, haciendo a un lado la enseñanza y promoción de valores humanos. Si esta última se tomará en cuenta, ampliaría la perspectiva de vida del adolescente a través de la equidad entre géneros y la satisfacción de necesidades individuales. Tal educación abarca cinco niveles de la personalidad: intelectual, física, emocional, intuitiva y espiritual. Así pues, la educación reafirmará a lo largo del desarrollo el carácter y la personalidad del adolescente aunada a su búsqueda de crecer y ser (García, 1994).

En general se puede considerar que a mayor educación:

- mayor conocimiento de su propio cuerpo
- mayores opciones de planificación familiar
- mayores posibilidades de mejores oportunidades laborales
- menor fecundidad y
- mayor autoestima (Morris, 1994).

Actualmente las autoridades han integrado a sus servicios de planificación familiar a mujeres casadas, a mujeres solteras y a mujeres adolescentes incluyendo a su pareja (Susheela, 1990).

Cada vez que se intenta incorporar a la educación formal la educación sexual en el curriculum escolar, se obstaculiza por diversos factores. Uno de ellos y tal vez el principal, es que una parte de la población se ha obstinado en impedir la información y orientación sexual dirigida a los adolescentes, propiciando así embarazos precoces y la adquisición de enfermedades de transmisión sexual o abortos. Este grupo social se mantiene al margen justificándose en la creencia de que la *ignorancia equivale a la inocencia*, es decir si se omite toda información sexual a los hijos, éstos no ejercerán su sexualidad porque desconocen el tema; lo previsible en realidad es que cuando las adolescentes comiencen a experimentar cambios físicos y psicológicos en su persona les provocará sentimientos de miedo, vergüenza e inseguridad e iniciará un proceso de represión (Agüero, 1994).

Tal situación es vivida especialmente por las adolescentes ya que generalmente no son orientadas para entablar relaciones sociales con los adolescentes varones por lo que tienden a sentirse confundidas respecto a sus deseos sexuales, así como ejercer una vida sexual sin precauciones y como consecuencia a incidir en conductas de riesgo (ibid).

Actualmente en México, aún a pesar de estos grupos sociales conservadores, otra parte de la población esta consciente y preocupada por las consecuencias que trae consigo la carencia de información sexual. Un grupo que ha abierto brecha a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es la Asociación de Planificación Familiar Mexicana (MEXFAM) a través de su Programa Gente Joven, el cual tiene como fundamento el bienestar y el desarrollo personal de los

adolescentes menores de 20 años. Su plan de trabajo está integrado por cinco puntos fundamentales:

1. Comunicación en la familia
2. Pubertad y el proceso de la vida humana
3. Sexualidad y juventud
4. Las enfermedades sexualmente transmisibles
5. **Embarazo precoz y anticoncepción.** (López, 1994).

Dentro de ese terreno, Lutz destacó que es un sarcasmo el pensar que se pueden cambiar las actitudes y comportamientos acerca de la sexualidad con la simple labor educativa... antes es imprescindible un profundo cambio ideológico; pues ella misma afirmó que “los adolescentes sexualmente activos tienen una actitud ambivalente ante el sexo y la procreación, a la vez que están mal informados acerca de la anticoncepción” (Lutz, 1997, p.3).

Un ejemplo de los esfuerzos a nivel mundial por atender la carencia de educación en este aspecto, lo encontramos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en el año de 1994 en la ciudad de el Cairo, África; su objetivo primordial fue destacar que la salud sexual y reproductiva debe ser integral; exaltando que la sexualidad es independiente de la reproducción y por tanto ello debe ser una decisión personal y libre de cada pareja (Lozano, 1997).

Ahora bien, el principio de mejorar la educación para prevenir los embarazos adolescentes, debiera considerar que al brindar mejor preparación a la mujer, brinda también mejores oportunidades laborales y por consiguiente retarda el matrimonio, pero incrementa la

actividad sexual prematrimonial. A medida que los países se urbanizan, los niveles de educación y las demandas de trabajo para la mujer se incrementan; es así como el matrimonio a edades tempranas ha ido perdiendo su importancia como la principal o única opción de vida para la mujer. Pero también, esta situación a la vez amplía su círculo social; sus posibilidades de conocer hombres y tener relaciones prematrimoniales. Sin embargo, no se ha descartado a la educación como una útil e importante herramienta para abordar la problemática (Susheela, 1990).

Una consecuencia de la falta de dicha educación, es ejercer una vida sexual antes de los 20 años sin tener la suficiente madurez física y psicológica (Loffredo, 1994). En este sentido, Comfort en 1990 destaca que la única paternidad y maternidad que se justifican éticamente son aquellas que resultan de una opción consciente, libre y responsable, es decir, sólo de quienes traen al mundo un hijo deseado y elegido. Nunca los que se producen por la ignorancia, por azar o por negligencia (Lutz, 1994).

Así pues, es importante destacar que “la educación sexual y los servicios de planificación familiar no fomentan la sexualidad precoz” (Morris, 1994, p.51) y que la prevención debe de ser considerada como un acto social y cultural en el que la sexualidad se genere a través de un código común y entendible entre los propios adolescentes. Asimismo, la educación tiene que ser establecida como un derecho fundamental de los adolescentes (Lutz, 1994).

La investigadora Consuelo Mejía, define a un derecho como la posibilidad de tomar decisiones propias, asumir responsabilidades y superar necesidades, sean en el ámbito individual o colectivo.

Refiriéndose a los derechos sexuales cita los siguientes:

1. Derecho a la felicidad, a los sueños y las fantasías, a la igualdad en las relaciones con las personas; al placer, a disfrutar del erotismo, a la libertad y a la autonomía en el ejercicio de su sexualidad.
2. Vivir una sexualidad placentera, vehículo fundamental de la comunicación y amor entre las personas.
3. Integridad corporal y autonomía en el control del cuerpo.
4. Sexualidad libre de violencia, discriminación y coerción basada en la igualdad, respeto y justicia.
5. Vida sexual, sin miedos, vergüenzas, culpas, falsas creencias y otros impedimentos que inhiben su libre y plena expresión.
6. Libre ejercicio de las orientaciones sexuales sin discriminación.
7. Salud sexual, acceso a la información y servicios asequibles y seguros, necesarios para garantizar una vida sexual libre de enfermedades y deficiencias (Mejía y cols, 1997).

3.3 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Es evidente que al llegar a la adolescencia, el interés de los varones y las mujeres en la sexualidad aumenta. Especialmente en las mujeres, la menarquia además de convertir a la adolescente en una mujer lista para concebir, la estimula para hacerla sexualmente reproductiva. Sin embargo, no posee los suficientes conocimientos acerca de cómo manejar su sexualidad, por lo que frecuentemente el inicio de su actividad sexual tiene como consecuencia un embarazo no deseado.

Los investigadores y la sociedad en general han tratado de comprender qué es lo que propicia un alto porcentaje de embarazos adolescentes no deseados aún cuando diversas instituciones como la escuela, la iglesia y la familia; tratan de infundir en sus adolescentes una ideología que retrase la actividad sexual, los embarazos y matrimonios precoces, por lo menos hasta que éstos hayan concluido sus estudios básicos y puedan valerse económicamente por sí mismos. Sin embargo lo que ellos no consideran es la socialización, característica de todo ser humano a cualquier edad.

La adolescencia como un periodo de identificación y de búsqueda de identidad, permite que los adolescentes se integren a un grupo de referencia en el cual comenten, compartan, expresen y resuelvan sus inquietudes de la manera más adecuada según sus experiencias vividas. Por ende cuando los chicos comienzan a formar o a integrarse a un grupo de referencia, el cual promueve o presiona a sus integrantes a tener una vida sexual activa, obteniendo de este ejercicio cierto estatus social dentro del grupo. En esta dinámica cuando uno de ellos no ha concretado una relación sexual se le asigna un rol de persona inmadura e insegura. Ligado a ello, se encuentran

todos los medios masivos de comunicación que de forma encubierta persuaden a la juventud a tener una vida sexual activa sin importar las consecuencias de sus actos (Pick & Givaudan, 1994)

Particularmente, la televisión con la promoción al consumo de moda "seductora", música popular y en sí de sexualidad; es un instrumento poderoso en el moldeamiento de valores sociales, actitudes y comportamientos (Susheela, 1990). Aún cuando estos presentan estímulos eróticos sexuales cotidianamente, el adolescente ve reprimido su potencial erótico sexual (Escutia, 1992).

En consecuencia mucha de la información sexual que proviene de estos dos ámbitos es pocas veces acertada y verídica, lo cual conlleva a que el adolescente tome decisiones inadecuadas y por lo tanto llegue a arriesgar su sexualidad y su integridad personal dejando truncados sueños, planes y expectativas de su vida futura.

Respecto a ello se ha encontrado que las adolescentes quienes tienen una vida sexual activa y conocimientos de anticonceptivos son consideradas como mujeres liberales dentro de su grupo social; dichas adolescentes suelen tener amigas sin escolaridad y con una vida sexual activa. En lo que se refiere a las adolescentes embarazadas, éstas suelen tener menos amigas (Pick, Atkin y Karchmer, 1988, Cit. en *ibid*) y menor comunicación acerca de sexualidad con ellas (Pick, Atkin, Gribble y Andrade, Palos, 1991, Cit en *ibid*) en comparación con un grupo de adolescentes no embarazadas.

Pick de Weiss y Vargas Trujillo en 1990, describen al grupo social de coetáneos como una fuente de transmisión de conocimientos y de formación de normas, (Cit. en Pick &

Givaudan, 1994), actitudes y conductas sexuales y anticonceptivas (Pick y cols. 1991, Cit. en *ibid*) y por otro lado, son fuente de transmisión de información equivocada (Jagdeo, 1984, Cit. en *ibid*)

En México la familia, considerada como la base de la sociedad, y como auténtica portadora de principios, normas, pautas de conducta, valores, etc. empapa a los hijos de una determinada ideología que directa o indirectamente, es decir a nivel estructura familiar (presencia/ausencia de padre, embarazo precoz) y a nivel de interacción y comunicación con respecto a la sexualidad, influirá en el desarrollo psicosexual del adolescente (Pick & Givaudan, 1994).

Un aspecto muy importante radica en la poca educación sexual que se le da a los adolescentes varones dentro de la familia, ya que las madres en este aspecto prestan mayor atención a sus hijas asimismo los padres se desvinculan frecuentemente de esta tarea, propiciando una vaga comprensión de su desarrollo sexual.

La adolescencia como una etapa de conocimiento y experimentación sexual, debe ser dirigida por los padres de manera clara y verídica en lo posible, para evitar en los muchachos sentimientos encontrados como culpa, miedo, vergüenza y desconfianza que conlleven a embarazos no deseados (*ibid*)

En un estudio realizado por Atkin y Givaudan, en el Instituto Nacional de Perinatología, se encontraron varios factores predisponentes al embarazo adolescente de entre los cuales se destacan: cambios en la estructura familiar (separación o divorcio) de la adolescente los cuales provocaron inestabilidad dentro de la misma, presencia de alcoholismo e interacción y

comunicación pobre entre padres e hijos, así mismo existe una menor aceptación de valores tradicionales de la familia de origen. Una de las conclusiones a las que llegó este proyecto, está determinado por el equilibrio entre la autoridad y confianza de los padres hacia sus hijos, como un aspecto relevante para la prevención de un embarazo precoz (Pick & Givaudan, 1994).

En lo referente al uso de anticonceptivos, éste se ha relacionado con un menor grado de comunicación de los valores tradicionales en la familia, no sólo por desinterés sino por el hecho de ser más liberal o abierta hacia su sexualidad. No obstante ello no significa que tanto los adolescentes como las adolescentes no estén dispuestos a tener mayor comunicación con sus padres acerca de su sexualidad, considerando que ésta se daría más favorablemente si los padres se acercaran a sus hijos como amigos más que como jueces (*ibid*).

Autores como Krauskopf, 1989; Pick y cols. 1987, 1988, 1991; Atkin, Karchmer, 1988; coinciden en destacar que la probabilidad de un embarazo adolescente está vinculado con la presencia de embarazos adolescentes por parte de alguno de los miembros de la familia nuclear, ya sean padres o hermanos (Cit. en *ibid*). Pick y Givaudan, en 1994 destacan esta situación especialmente en el caso del varón.

Otra causa del embarazo adolescente radica en las actitudes y creencias hacia la práctica anticonceptiva; el comportamiento sexual irresponsable está determinado por la inadecuada decisión entre usar anticonceptivos o practicar la abstinencia para evitar embarazos no deseados. El uso de anticonceptivos que tengan dependerá de los conocimientos que tengan acerca de éstos y de la forma de cómo obtenerlos y usarlos adecuadamente (Harper, 1987).

Un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud llevado a cabo con adolescentes entre los 15 y 19 años en 1986, encontró que una de las causas de un embarazo adolescente es el enamoramiento (26.9%). Conforme al censo de 1990 se determinó que en ese mismo año había 4,904,511 adolescentes mujeres de entre los 15 y 19 años, y por lo tanto se dieron 1 400 000 embarazos en adolescentes. De las cuales un 53.7 % no deseaba embarazarse, sin embargo un 64% no utilizó ningún método anticonceptivo o en su defecto empleó métodos poco confiables. Este aspecto es confirmado por la encuesta realizada sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México, debido a que se detectó que un 64.2 % no había usado algún método anticonceptivo en su primera relación. En sí el punto clave de no haber usado alguno es la falta de información (32%).

Con relación a lo anterior algunos aspectos determinantes son el bajo nivel de escolaridad, la nula educación sexual y la ausencia de un plan de vida personal. Otros investigadores como López (1994), consideran que las causas principales de los embarazos tempranos se derivan de la ignorancia, falta de previsión o simplemente irresponsabilidad.

Caldewell y Rizika consideran que el factor educativo ha sido determinante para el establecimiento del período de la adolescencia, los jóvenes al estar dentro de un centro educativo desde el nivel básico hasta el nivel profesional tienden a mejorar su vida personal (incluyendo su vida sexual), familiar y social (Cit. en Henríquez, 1994)

Con respecto a la escolaridad, la UN en 1989, confirmó que más de la mitad de madres adolescentes primerizas menores de 20 años no asisten a un centro de educación escolarizado. Entre otras variables estudiadas relacionadas a este respecto se encuentran que la adolescente

embarazada tiene menores aspiraciones escolares que la que no se embaraza (Pick y cols. 1991 Cit. en Pick & Givaudan 1994) y que tienden a abandonar la escuela antes de embarazarse (Pick, Atkin y Karchmer, 1988, Cit. en ibid). En 1989 se llevó a cabo un estudio para conocer el perfil de la madre adolescente embarazada menor de 18 años. La población se tomó del Hospital de la Mujer de la Secretaria de Salud (293 adolescentes), de ésta se encontró que el 4% nunca había asistido a la escuela, el 54% cursó primaria, el 37% la secundaria incompleta y el 5% la preparatoria o bachillerato (Terán y cols, 1994).

Sin embargo se ha encontrado que las adolescentes embarazadas no solamente se ven obligadas a abandonar la escuela al resultar en tal estado, sino que también muchas de ellas han abandonado la escuela antes de vivir la situación embarazo adolescente (Escutia, 1992).

Algunas de las creencias por las que un embarazo toma desprevenidas a las adolescentes son:

1. El coito ocurrió en un período del mes en que creían no podían quedar embarazadas.
2. Ignorancia del ciclo reproductivo.
3. Lo esporádico de la actividad sexual reduce las posibilidades de un embarazo.
4. Las adolescentes sienten vergüenza de decirle a su pareja la conveniencia de usar algún método anticonceptivo, pues teme que ésta crea que ha tenido otras experiencias sexuales anteriormente (Palma, 1997).

Velasco, (1994a, p.32) citó otras causas del embarazo adolescente tales como:

- los valores y actitudes de la sociedad
- el exceso de tiempo libre

- el anonimato en una ciudad tan urbanizada como ésta y en algunos casos la situación laboral de ambos padres.

Escutia, (1992) mencionó entre otras causas la creciente oportunidad de relaciones heterosexuales; los cambios en la organización y estructura familiar, por ejemplo el caso de la migración; las condiciones de vida de la población, como la violencia o pobreza y por parte de la madre adolescente los deseos de ser amada, de ser la madre que no tuvo, competir con su propia madre o de tener un hijo con quien identificarse.

En general el embarazo adolescente está influenciado por factores como el concepto cultural de la mujer, de su valor y sus funciones dentro de la sociedad, el tipo de apoyo percibido en el núcleo familiar, el concepto de sexualidad y las diferencias en los roles sexuales (Pick & Givaudan 1994).

En la cultura latinoamericana el rol de madre es sumamente apreciado, por lo cual muchas adolescentes optan por el embarazo para sentirse tomadas en cuenta, principalmente por los hombres, tal como lo refieren Pick, Andrade Palos y Díaz Loving en 1988 (ibid).

Los distintos factores que hemos mencionado, incrementan las posibilidades de desajuste en los jóvenes y favorecen a la vez las conductas de riesgo en este grupo (Escutia, 1992).

3.4 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El bienestar de los hijos depende del bienestar de su madre (Susheela, 1990).

La adolescencia como tal es una etapa de grandes cambios, dígase físicos y psicológicos, los cuales determinan en gran medida la personalidad del adolescente, y más aún si se trata de una adolescente embarazada; por que a partir de ese momento tiene que pasar de la pubertad a la adultez drásticamente, adquiriendo una serie de responsabilidades para consigo misma y para con su futuro hijo, además de ello se tiene que enfrentar a la crítica social y a tratar de sobrellevar su vida, limitando sus actividades y aspiraciones personales (Martínez, Mondragón, Monroy, Morales, 1987).

Card y Steel (1975) señalan que los riesgos que se pueden percibir durante un embarazo se ven reflejados en la inmadurez física y psicosocial propia de la edad. Monroy 1984 (Cit. En Monroy, 1988 y CONAPO, 1996) opina que las consecuencias del embarazo adolescente y la crianza del producto se relacionan significativamente con riesgos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y demográficos.

Así el objetivo de este apartado es enfatizar las consecuencias físicas y psicológicas en la madre adolescente y su hijo.

En lo que se refiere a la madurez física, la adolescente embarazada sufre cambios fisiológicos drásticos durante el embarazo, debido a que su organismo tiene que regular los nutrientes que requiere para su propio desarrollo y para el embarazo en sí. Molina y Romero (1985) afirman que

una causa negativa que conlleva a riesgos en la salud de las adolescentes embarazadas es una nutrición deficiente (Pick & Givaudan 1994), por lo que puede presentar anemia y carencia de hierro (Harper, 1987).

Por otra parte, durante la lactancia, la leche materna proporciona al niño ventajas tales como: nutrientes, inmunización contra algunas enfermedades y fortalecimiento de lazos psicológicos entre él y la madre. La práctica de la lactancia se liga también con la fecundidad de la mujer en el período posparto (CONAPO, 1996).

Una de las consecuencias más frecuentes, es la desproporción cefalopélvica, debido a que la región pélvica no está completamente desarrollada debe soportar estiramientos dolorosos que frecuentemente provocan daños permanentes (Loffredo, 1994).

Monroy, 1988; OMS, Cit. Carrillo 1990 y Kably, Cit. en Pick & Givaudan 1994 coincidieron en destacar entre las complicaciones para la salud de la madre adolescente las siguientes: toxemias, infecciones del tronco uterino, distocias, eclapsias, desproporción cefalopélvica, parto prematuro, parto prolongado y difícil, mayor probabilidad de cesáreas e incluso mortalidad materna.

A nivel mundial, los embarazos son la causa de muerte principal en mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Sin embargo no debe dejarse fuera el factor económico, pues las estadísticas reportan que en las entidades donde hay mayor marginación suelen presentarse mayor número de defunciones asociadas al embarazo (Suárez, 1985. Cit. en Monroy, 1988). El IMSS reportó que durante 1983-1984 del total de las muertes maternas, el 10.35% ocurrió en madres de menos de

20 años, siendo el 40% por toxemias, el 22% por infecciones en el parto, el 6.5% por aborto y el 11.5% por complicaciones en el parto (Monroy, 1988).

Con relación a la salud, según los Reportes Confidenciales de Muerte del IMSS (1983-1986), destacan que las adolescentes menores de 15 años presentan mayor índice de mortalidad en comparación con mujeres de 15 a 34 años. Entre las causas asociadas con la mortalidad materna se encuentra la toxemia gravídica, en un porcentaje superior en adolescentes menores de 15 años (21.6%) comparado con el grupo de mujeres de 15 a 34 años (12.5%) (Mondragón, 1987). Otros factores asociados a la mortalidad materna son originados sufrir una fistula vesículo vaginal o recto vaginal, hemorragias o infecciones (Toro, 1990).

El embarazo adolescente de entre 15 y 19 años durante el período de 1981-1986 provocó la muerte de un porcentaje aproximado de 7% de mujeres (Morris, 1994).

Particularmente en el Distrito Federal, la mortalidad materna (aquella que ocurre en la gestación o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo) ocupa la tercera causa de defunción en mujeres menores entre los 15 y 24 años de edad (OMS, 1977; COPLAMAR 1982, Cit. en Población y Futuro, 1990).

Se ha estipulado mucho acerca de lo que acontece en el núcleo familiar de la adolescente cuando se descubre su embarazo. La ilegitimidad como presión social puede orillar a la adolescente a dar en adopción a su hijo y en el mejor de los casos a compartir el cuidado y las responsabilidades con sus propios padres, quienes de manera informal adoptan el rol de padres de su nieto (Carrillo, 1990). Dicho acontecimiento provoca sentimientos ambivalentes en los padres, pues aceptan la situación y la responsabilidad tanto económica como psicológicamente, porque

finalmente es "su hija", embarazada o no. De manera semejante los padres del adolescente, también tienden a brindar apoyo hacia la pareja durante el tercer trimestre del embarazo (Atkin y Givaudan, 1989, Cit. en Pick & Givaudan 1994). Todo esto delimita en gran medida la autodeterminación de la adolescente, ya que al mismo tiempo se corrobora la importancia que tiene la maternidad culturalmente (Díaz Guerrero, 1982, Paz, 1959, Cit. en *ibid*).

Sorenson en 1973, citado por Mckinney 1990, reportó algunos datos estadísticos con los cuales puede verse la conducta sexual entre los 13 y 19 años, las distintas ideas acerca de la sexualidad y las repercusiones de dicha conducta sexual.

Las cifras hacían referencia a un 25% de sujetos varones, que confiaban que su pareja no se embarazaría, en el caso de que su suerte fallara se encontró que el 30% de los varones y el 18% de las mujeres optarían por el aborto. Las siguientes preferencias eran: de un 24 a un 38% por el matrimonio y de un 30 a un 36% tener el bebé sin casarse. Ambos porcentajes corresponden a varones y mujeres respectivamente. No obstante, las tres opciones mencionadas anteriormente fueron los porcentajes más elevados en cuanto a preferencia; se mencionaron otras, como por ejemplo, la adopción y el dejar que los padres tomaran la decisión (Susheela, 1990).

En el caso del aborto, éste nos permite indagar más acerca de sus motivaciones y las emociones hacia el embarazo. Así como explicar el por qué de la falta de planificación y la toma de riesgo.

Muchas adolescentes que se encuentran en la situación de un embarazo no deseado, recurren al aborto. En Estados Unidos y Canadá donde éste es legal, las adolescentes recurren a éste en etapas más avanzadas en comparación a las mujeres adultas. Entre los factores para explicar tal circunstancia, el Alan Guttmacher Institute cita: "las jóvenes no tienen experiencia

para reconocer los síntomas del embarazo, presentan renuncia para aceptar la realidad de la situación, ambivalencia hacia al embarazo, ignorancia respecto a dónde acudir para obtener orientación y ayuda, así como vacilación para confiar en los adultos” (Susheela, 1990, p.66). Ahora, si nos centramos en lo que ocurre en México, podemos encontrar aplicables todos los factores mencionados anteriormente así como el aspecto ilegalidad que lleva consigo otras problemáticas y riesgos como es que el aborto se realice en condiciones higiénicas deplorables (Susheela, 1990. , Wolf, 1990;David y Pick, 1992 .Cit. en Pick & Givaudan 1994).

Una investigación llevada a cabo por la Singh and Wulf en 1994 señaló que en México se generan por cada 1000 habitantes 3.3. % de abortos (Blum, 1994).

Mckinney (1990) en referencia a la concepción del desarrollo de Jean Piaget, considera que hay adolescentes que aceptan el riesgo y adolescentes que prevén la posibilidad de la concepción. De acuerdo a esta manera de pensar, los que aceptan y prevén la posibilidad están en un nivel operativo formal que les permite anticipar y planear posibles resultados. El pensamiento formal es característico de un nivel lógico, propio de la adolescencia tardía y de la adultez. Bajo tal teoría el embarazo no deseado se relaciona estrechamente con la edad.

Cuando una madre adolescente tiene un hijo no deseado, puede descargar sus frustraciones o sus angustias en sus hijos a través de maltrato y pobre estimulación, desvirtuando la relación madre e hijo (Carrillo, 1990).

Carrillo y Toro (1990), señalan que las repercusiones son graves para los hijos de madres adolescentes, pues pueden presentar bajo peso al nacer, mayor riesgo de mortalidad,

puntuaciones bajas en la escala de APGAR, y ocurrencia de epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental, desarrollo motor deficiente, incapacidades para el aprendizaje, problemas de comportamiento y la reincidencia generacional de embarazos adolescentes.

La edad de la madre al nacimiento de su hijo y el intervalo intergestional, son elementos que se han relacionado con las tasas de mortalidad infantil. CONAPO en 1996, señaló con respecto a la edad de la madre, que la fecundidad temprana o tardía tiene mayores riesgos. Consideró como período óptimo para la vida fértil de los 19 a los 32 años. Con respecto a los intervalos intergestionales, destacó mayor riesgo para los períodos cortos.

Dentro de los factores socioeconómicos, podemos destacar que, la elevación en la instrucción escolar se relaciona también con la reducción de las tasas de mortalidad infantil. A mayor instrucción escolar, menores tasas de mortalidad infantil (Susheela, 1990).

Otra consecuencia determinante del embarazo adolescente radica en el estado civil de la joven; frecuentemente ésta y el varón se ven obligados por sus padres a contraer matrimonio, decisión que frecuentemente induce a una rápida separación o divorcio (Martínez, Mondragón, Monroy, Morales, Pick, Givaudan, 1994). El divorcio, particularmente en una mujer adolescente, dificulta la posibilidad de continuar sus estudios, la posibilidad de trabajar o de volverse a casar. Pero si este matrimonio continúa por presiones, se verá afectada la salud mental familiar (Carrillo, 1990). En el caso de que la chica sea soltera tiene que lidiar no sólo con la crítica social sino además tratar de equilibrar sus responsabilidades como madre (adulto) y sus necesidades de adolescente (Toro, 1990).

En la joven madre debido al repentino cambio de rol, es decir de adolescente a madre, se ve ante una serie de actitudes y sentimientos encontrados, tales como inestabilidad emocional, inmadurez e inexperiencia por no sentirse plenamente realizada en ninguno de los dos roles (Carrillo, 1990).

Cuando una adolescente se convierte en madre, sobretodo en una cultura como la nuestra, tiene muchas desventajas ya que no se le brinda apoyo médico o psicológico indispensable para poder prevenir embarazos subsecuentes al primero, los cuales finalmente se consuman en tiempos muy cortos, generando familias numerosas y una menor distancia intergestional (Martínez, Mondragón, Monroy, Morales, 1987).

La principal consecuencia psicosocial a la que se enfrenta una adolescente embarazada es el interrumpir o abandonar sus estudios o empleo de manera drástica, lo cual la obliga a eliminar el plan de vida que hasta ese momento se había fijado (ibid).

La problemática se acentúa cuando las adolescentes se encuentran en una situación económica desfavorable, y se ven obligadas a buscar alternativas de empleo, con el fin de cubrir las necesidades básicas de su hijo y de ellas mismas y mejorar su calidad de vida (Carrillo, 1990).

El Alan Guttmacher Institute destacó con respecto a las posibilidades de empleo que la mayoría de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes se dedican a labores domésticas, seguidos por trabajos eventuales que frecuentemente son mal remunerados (Susheela, 1990).

Si un país posee un nivel elevado de desarrollo brindará más y mejores servicios de salud a la adolescente embarazada, en tanto que si es un país subdesarrollado la cantidad y calidad de los servicios médicos (nutrición, cuidado prenatal y educación para la salud) serán insuficientes e inadecuados para la población que los requiere, propiciando una alta probabilidad de mortalidad (Mondragón, 1987).

El problema de salud en la población adolescente está muy desatendido en América, ya que la infraestructura del gobierno no contempla las necesidades individuales de los adolescentes. Estos servicios deben tomar en cuenta que el prestar atención privada y confidencial a la población adolescente fomentará su participación en estos temas (Henríquez, 1994).

3.5 EL APEGO Y LA RELACIÓN MADRE-HIJO: BOWLBY

John Bowlby, un psiquiatra inglés de formación psicoanalítica tras estudiar diversos casos de privación afectiva durante la infancia, partiendo de la teoría de Freud y apoyándose también en el estudio de la formación de vínculos en los animales, formuló a partir de 1958 la Teoría del Apego, según la cual la relación con otros es necesidad primaria y tiene un importante valor para la supervivencia de los individuos (Delval, 1994).

En 1951 Bowlby realizó estudios en los cuales concluyó que el niño durante sus dos primeros años de vida necesita desarrollarse en una atmósfera afectiva indisoluble al vínculo de la figura materna o en su defecto a una figura materna sustituta, manteniendo de esta manera una fuente de recíproca satisfacción para la madre y el hijo. Cuando se establece inadecuadamente pueden generarse trastornos mentales severos o un daño irreversible dependiendo del grado de la deprivación materna (Bralic, 1978).

Dicha teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con ciertos individuos como un componente básico de la naturaleza humana, presente desde la etapa embrionaria y que persiste a lo largo de su vida. Durante la infancia estos lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que recurre en busca de protección, consuelo y apoyo (Bowlby, 1989). Así, la teoría del apego hace las siguientes generalizaciones:

- 1) Por apego se entiende cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve una proximidad con respecto a una persona preferida.
- 2) La conducta de apego es distinta a la de alimentación y a la sexual aunque es igualmente importante dentro de la vida humana.

- 3) La conducta de apego lleva al individuo al establecimiento de vínculos afectivos o apegos, al principio entre el niño y el progenitor, y después entre adultos. Estas formas de comportamiento y de vínculo con otros están vigentes a lo largo de la vida del individuo.
- 4) La conducta de apego es instintiva y es modificada por sistemas de conducta que van cambiando según las metas y expectativas de cada sujeto.
- 5) Una conducta de apego se activa intensamente sólo cuando ésta es necesaria.
- 6) Muchas de las emociones más fuertes que se dan en las relaciones de apego se mantienen, reestructuran y se renuevan. El mantenimiento de un vínculo proporciona al individuo seguridad, es una fuente de felicidad y dicha.
- 7) La conducta del apego caracteriza a muchas especies, contribuye a la supervivencia del sujeto a través del cuidado, afecto y protección que le brindan otros.
- 8) El ser capaz de brindar cuidados a otros es una conducta característica del apego. Esta conducta no sólo corresponde a los padres del bebé, sino de cualquier individuo y al llegar a la adultez puede darse esta conducta entre los propios adultos.
- 9) El desarrollo de las conductas de apego de cada sujeto, depende directamente de la forma en que organiza las experiencias con las figuras de su apego durante los años de inmadurez: niñez, infancia, adolescencia (Bowlby, 1980).

En esta teoría Bowlby caracteriza la conducta de apego como instintiva, pero señala que la conducta instintiva no es heredada, lo que se hereda es el potencial para desarrollar sistemas de conducta en las cuales tanto la forma como la naturaleza difieren en cierta medida de acuerdo al medio ambiente particular donde se efectúa el desarrollo. Además, el aprendizaje también interviene en el aumento (reforzamiento) o disminución (habitación) de conductas específicas de apego, como consecuencia de la retroalimentación recibida del ambiente.

Así la conducta de apego se puede definir como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo. La función biológica que se le atribuye es la de protección, el tener fácil acceso a un individuo conocido del que se sabe está dispuesto a acudir en nuestra ayuda en una emergencia. El modo en que la conducta de apego llega a organizarse dentro de un individuo depende en gran medida de los tipos de experiencias que tiene en su familia de origen. Es así que el desarrollo de la conducta de apego es considerado como un sistema organizado que tiene como objeto la conservación de proximidad a la figura de la madre discriminada y exige que el niño desarrolle la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente (Bowlby, 1989).

El comportamiento del apego durante la vida adulta generalmente es encauzado hacia una figura activa y dominante. Con frecuencia se trata de un jefe o persona de más edad que pertenece a la comunidad. Dicho comportamiento se produce siempre que la persona (niño o adulto) está enferma o en apuros y adquiere gran intensidad cuando el sujeto está asustado o no encuentra la figura hacia la que siente apego (Bowlby, 1979).

La teoría se formula para explicar ciertas pautas de conductas características de bebés y niños principalmente, y fue anteriormente conceptualizada en términos de dependencia y sobredependencia. Esta teoría se ha desarrollado a partir de las observaciones detalladas y datos obtenidos de entrevistas acerca de como responden los individuos a situaciones determinadas. Sus bases se fundamentan en conceptos de la teoría de la evolución, de la teología, de la teoría del control y de la psicología cognitiva. La teoría subraya que:

1. La identificación primaria (la identificación innata con una figura materna) y la función biológica de los lazos emocionales íntimos entre individuos, cuya formación y conservación se supone están controladas por el sistema nervioso central, encargado de conectar al sistema de control del apego con la o las figuras de apego que el sujeto posee, lo que le permite formar por sí solo las características de su personalidad a lo largo de su vida.
2. La influencia que ejerce en el desarrollo de un niño el modo en que es tratado por sus padres, especialmente por la figura materna.

Es importante destacar que durante los primeros años de vida es esencial para la salud mental del niño experimentar una relación cariñosa, íntima y continua con su madre, en la cual ambos encontrarán satisfacción y gozo. El menor resuelve la necesidad de sentirse objeto de placer y orgullo para su madre y cada uno debe identificarse íntimamente con el otro (Bowlby, 1981). Consciente o inconscientemente la madre y el hijo establecen un constante intercambio afectivo, fundamentalmente diferente a aquél que observamos en adultos (Spitz, 1989). Tal relación marca de manera importante la calidad de sus relaciones interpersonales futuras (Stern, 1976).

Aquí es donde los padres juegan un papel importante en el proceso de desarrollo del infante, pues éstos son considerados los primeros educadores de sus hijos, por ser ellos quienes pasan la mayor parte del tiempo a su cargo. Asimismo, cuando los padres se involucran en este proceso, además del disfrute de sus hijos obtienen la oportunidad de recobrar el sentido de admiración y exploración. Cuando adoptamos nosotros como propias las mismas actitudes y formas de comportamiento que tuvieron nuestros padres u otros, puede afirmarse que nos estamos identificando con ellos. Los procesos a través de los cuales se adquieren tales actitudes y

formas de comportamiento probablemente correspondan a un aprendizaje mediante observación y por tanto no difiere de aquéllos por los que se adquiere otras formas complejas de comportamiento y capacidades que son útiles (Bowlby, 1979).

Se ha hablado acerca del vínculo del niño con la madre. Es necesario definirlo de una manera clara y sencilla. Puede ser explicado como una relación activa, de afecto recíproco específicamente entre dos individuos, que los distinguen de otras personas (Papalia, 1993). Dicha definición nos ayuda a comprender la naturaleza de este vínculo, que es considerado como el resultado de un conjunto de pautas de conductas características que se desarrollan en el entorno durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en proximidad estrecha con la figura materna. Es así que en el plazo de unos días es capaz de distinguir la figura de la madre de otras por su olor, su voz, o por el modo en que lo sostiene en los brazos. Así como el neonato desarrolla la capacidad de reconocer a su madre a través de diferentes medios, la madre por su parte aprenderá poco a poco a diferenciar las distintas formas de expresión de su bebé, teniendo como su primera tarea el interpretar a través de su llanto las distintas necesidades para su cuidado (Bowlby, 1989).

El llamado “amor de madre” aparentemente no es automático y tampoco suficiente para garantizar un cuidado estimulante y un vínculo sano entre madre e hijo. Muchos factores pueden afectar la forma como una mujer actúa hacia su bebé, como por ejemplo, sus razones para tener un bebé, su experiencia y competencia en el cuidado de los niños, su estado emocional, su punto de vista de la vida, su relación con el padre del bebé, su interés de obtener logros en su trabajo, sus condiciones de vida, la presencia de otros familiares en el hogar, etc. (Egeleand & Faber, 1984, Cit. en Papalia, 1993). El amor materno que necesita el niño pequeño puede encontrarse

más fácilmente dentro de la familia que fuera de ella. La atención que los padres habitualmente dan a sus hijos se considera tan natural que se olvida su grandeza (Bowlby, 1981).

Esta evidencia también se hizo notar en estudios sistemáticos realizados por: inicialmente Ainsworth (1978), ampliados notablemente por Main (1985) y Sroufe (1983, 1985) en Estados Unidos y por Klaus y Kennel (1967).

Ainsworth (1978) en sus estudios destacó las tres pautas principales del apego, las cuales se identifican con las circunstancias familiares que prevalecen. Dichas pautas son: la pauta del apego seguro, en la cual el individuo confía en que sus figuras paternas son accesibles, sensibles y colaboradoras cuando se encuentra en una situación adversa o amenazante. La pauta del apego ansioso resistente, en donde el sujeto está inseguro y no sabe si confiar en sus figuras paternas. Es evidente que aquí el progenitor se muestra accesible y colaborador en algunas ocasiones pero no en otras. La pauta del apego ansioso elusivo, donde el sujeto está inseguro y no confía en sus figuras paternas, y frecuentemente cuando se encuentra en una situación adversa recibe como respuesta un desaire; esto es resultado de un constante rechazo del progenitor.

Main (1985) y sus colegas observaron la interacción madre-hijo durante pequeños episodios. Algunos niños parecieron estar desorientados o desorganizados presentando conductas como estar aturdido, paralizado, estereotipado con la figura, etc. Dichas conductas muestran una aversión desviada de las pautas típicas por lo que se llegó a la conclusión que este tipo de conductas confirman el modo en que los padres establecen la pauta de apego con su niño.

Sroufe (1983, 1985) subraya no sólo la importancia de la madre en el desarrollo del niño, sino también las causas por las cuales la madre ha adoptado esta forma de apego, el grado de

apoyo emocional que ella esta recibiendo en ese momento, el tipo de cuidados que recibió de niña. Lo cual impide culpabilizar a los padres de los desajustes de los niños.

Si la madre está presente o si se sabe bien donde está cuando se ausenta y se halla además dispuesta a participar en un cariñoso intercambio, habitualmente un niño deja de manifestar comportamiento de apego y se lanza a explorar su entorno. En una situación así la madre proporciona a su hijo una base segura a partir de la cual puede explorar y también a la que puede volver, sobre todo cuando se siente cansado o con miedo. Durante el resto de su vida es probable que una persona muestre el mismo patrón de comportamiento, apartándose en distancia de aquellos que ama y durante períodos de tiempo prolongados, pero manteniendo siempre el contacto. La base a partir de la cual opera un adulto será probablemente su familia de origen o cualquier otra base que haya creado por sí mismo. Todo aquél que carezca de una base así se sentirá desarraigado e intensamente solo (Bowlby, 1979),

Dos pediatras americanos Klaus y Kennel (1967) sintetizaron los siguientes principios que rigen el apego de la madre hacia su recién nacido:

1. En los primeros minutos y horas de vida hay un período sensible en el que es necesario que la madre y el padre estén en íntimo contacto con el recién nacido para que las relaciones futuras entre ellos sean óptimas.
2. En la madre y el padre parecen existir respuestas frente al neonato que son específicas para la especie humana y que se ponen de manifiesto al entregarle al neonato por primera vez.
3. El proceso de apego (Bowlby, 1958) está estructurado de modo que el padre y la madre establecen un vínculo afectivo óptimo con sólo un niño a la vez.

4. Durante la formación del apego de la madre hacia su recién nacido, es menester que éste responda a la madre con alguna señal, como por ejemplo, movimientos del cuerpo.
5. Las personas que presencian el nacimiento adquieren un intenso vínculo afectivo con el niño.
6. Algunos adultos les resulta difícil pasar al mismo tiempo por los procesos del apego y desapego, es decir, adquirir apego por una persona y sufrir al mismo tiempo la pérdida de otra.
7. Algunos acontecimientos iniciales ejercen efectos duraderos. Las ansiedades por el bienestar de un bebé durante los primeros días de vida pueden acarrear preocupaciones a largo plazo que dificultan el desarrollo del niño (Cit. en Vidal, 1994).

La interacción temprana entre un niño pequeño y su madre es de crucial importancia para el desarrollo futuro tanto afectivo como intelectual. Para ello la madre no se ha de limitar a cumplir con una serie de recetas aprendidas o divulgadas de cómo deben de ser estos cuidados, y no ha de limitarse únicamente al aspecto físico (aseo, comida, etc) ya que no es únicamente su cuidadora. Lo verdaderamente importante es que la madre puede empatizar con el bebé, sepa proyectarse en él, para poder entender cuáles son sus necesidades, distinguir la forma en que manifiesta cada una de ellas y de esta manera buscar satisfacerlas. Por lo que se aconseja que toda madre se acerque a medios especializados que le proporcionen capacitación y apoyo adecuado, para cuidar de su bebé y buscar el mejor desarrollo de las potencialidades de éste (Vidal, 1994).

Algunos estudios realizados han demostrado que los seres humanos son más felices y pueden desarrollarse mejor cuando saben que cerca de ellos hay una o más personas de su confianza que acuden a él cuando se le presenta alguna dificultad. La necesidad de una figura a quien apearse o con quién encariñarse es lo que ayuda al sujeto a tener una base personal segura.

Familias estrechamente unidas, con padres que siempre proporcionan ánimo y apoyo, son una base segura que favorece en los hijos comportamientos y actitudes de: confianza en sí mismos, éxito en sus relaciones con los demás, éxito en el trabajo y gran iniciativa.

Grinker 1962 (cit. en Bowlby 1979), realizó un estudio con jóvenes de preparatoria en donde los profesores opinaban que gozaban de excelente salud mental y que eran prometedores como líderes de la comunidad. Observó que la mayoría de los jóvenes poseían un carácter recto, honesto, eran precisos en sus autoevaluaciones y con una capacidad para sostener relaciones interpersonales estrechas y profundas; en la mayoría de los casos ambos padres aún estaban vivos y compartían responsabilidades e intereses. Durante su infancia reportaron sentirse seguros ante cualquier imprevisto y haberse sentido bajo la protección de los padres.

CAPÍTULO IV

AUTOCONCEPTO Y ADOLESCENCIA

AUTOCONCEPTO Y ADOLESCENCIA

Estudiar la autoimagen desde los puntos de vista psiquiátrico, psicológico y sociológico, permite conocer los modos de pensar y actuar; nos hace entender la naturaleza de la conducta humana (Rosemberg, 1973).

Tanto la psicología clínica como la social se han fusionado para abordar este concepto coincidiendo en que el autoconcepto forma un papel determinante en el desarrollo de la personalidad, en la capacidad adaptativa y en el desarrollo emocional (Aisenson, 1979, Cit. en Hernández, 1995).

Desde el momento del nacimiento cada persona comienza un camino inagotable hacia la construcción de un concepto de sí mismo. El autoconcepto determina en gran medida nuestra conducta y a la vez se ve moldeado por todo aquello que ocurre a nuestro alrededor (Magaña, 1988).

La autoimagen origina pensamientos, sentimientos y conductas, pero también es producto de estos (Ibid).

El sí mismo es utilizado en psicología de dos maneras:

1. El sí mismo como objeto, es decir, las actitudes, sentimientos y evaluaciones que el individuo posee y piensa de sí.
2. El sí mismo como un proceso que es el grupo de procesos internos que controlan la conducta y la adapta a su medio (Hall y Lindzey, 1984, Cit. en Hernández, 1995).

La noción de identidad se adquiere a lo largo de nuestra vida. Es durante ésta que nos formamos creencias acerca de nosotros mismos y conocemos nuestros propios deseos, posibilidades y ambiciones. En sí, conocemos nuestra identidad (Oñate, 1989).

A lo largo de la historia, el hombre ha tenido como meta el conocerse a sí mismo, haciendo énfasis en el análisis de su propia persona y de cómo le miran los demás, sin embargo esta constante preocupación se ha visto influenciada por la época en que se encuentran los individuos y por la disciplina o perspectiva con la que se le aborde.

A continuación haremos referencia de algunas definiciones que se han manejado con relación al autoconcepto a través de la historia.

AÑO	AUTOR	DEFINICIÓN
1890	WILLIAM JAMES	“El self del hombre (autoconcepto), es la suma total de todo aquello que pueda llamar suyo” (Cit. Oñate, 1989, p.17).
1937	HORNEY	Explica que el hombre es resultado del medio ambiente en el que se desarrolla y que tiene una realización real y completa de todas sus necesidades (Magaña, 1988).
1953	SULLIVAN	El autoconcepto es producto de la interacción social; mientras que su personalidad es el resultado de todas aquellas fuerzas personales y sociales vividas desde su nacimiento (Ibid).

1963	KINCH	Organización de cualidades que el individuo se atribuye a sí mismo y que comprende los atributos expresables en adjetivos y los reales que ve en sí mismo (Oñate, 1989).
1970	PURKEY	Yo es un sistema complejo y dinámico de creencias que un individuo mantiene acerca de sí mismo (Ibid).
1972	ROGERS	Define el autoconcepto como la conciencia de ser o de funcionar, esto como resultado de una interacción personal con el medio y con los demás (Magaña, 1988).
1978	JERSILD	Explica que el self es la organización de los pensamientos y sentimientos que tiene el individuo acerca de él mismo como persona (Ibid).
1978	KOOHUT	Define al self como la estructura interna de la mente, es lo que tiene el aparato psíquico y es el núcleo de la personalidad (Ibid).

Para Oñate (1989), el autoconcepto tiene funciones por demás importantes al ser pieza clave en la integración de la personalidad, la motivación del comportamiento y el desarrollo de la salud mental.

De acuerdo a Fitts (1965) citado por Magaña (1988), el autoconcepto es multidimensional, es decir la persona tiene:

1. Ideas y actitudes acerca de lo que creemos ser, en gran parte determinadas por la apariencia física.

2. Percepciones transitorias acerca de uno mismo producto de estados de ánimo o experiencias recientes.
3. Concepto social de sí mismo, es decir, en base a lo que la persona cree que los otros piensan de ella.
4. Concepto ideal de uno mismo, esto es, aspiraciones que tiene la persona para sí misma en el futuro. Estas pueden ser irreales o reales, pero ambas repercuten en las ideas y actitudes hacia sí mismo, los demás y la vida en general.

El concepto ideal o self ideal se va formando de diversas maneras según la etapa de desarrollo en que nos encontremos. Primero, de pequeños el modelo ideal lo tomamos de algún adulto que esté en nuestro contexto social y posteriormente de un adulto joven. El self ideal puede surgir desde un personaje imaginario o personaje de un libro, hasta una persona adulta con cualidades valiosas para nosotros, pasando por supuesto por los compañeros del grupo etéreo. Así, el self ideal surge de una identificación con esa persona cualitativamente valiosa que se convierte en un modelo atractivo.

Es precisamente este último elemento el que repercute directamente en la autoestima (uno de los componentes del autoconcepto) pues dependiendo de los logros de lo planeado a futuro tenemos una imagen positiva de nosotros mismos y sobre todo la aceptamos (Magaña, 1988).

Autoconcepto y autoestima parten de la misma línea; valoraciones que tenemos de nosotros mismos. La autoestima puede considerarse la parte afectiva del autoconcepto, es el valor afectivo que le damos a la percepción que tenemos de nosotros mismos.

La autoestima se encuentra en un permanente proceso activo, ya que depende de tantos elementos como el autoconcepto mismo (Hamachili, 1981, Cit. en Hernández, 1995; Magaña, 1988).

Para el desarrollo y conocimiento de la autoestima se necesita pasar por algunos “escalones”; el primero de ellos es el autoconocimiento, este surge a partir de los distintos elementos que conforman nuestra personalidad y desde luego no funcionan de manera aislada; el segundo escalón es el perteneciente al *autoconcepto* que ya se ha explicado anteriormente, los siguientes escalones son la autoevaluación, autoaceptación, autorrespeto y finalmente autoestima (Rodríguez, 1988).

La autoestima comprende dos procesos sociopsicológicos distintos:

- a) Autovaloración: sentido de seguridad y de mérito personal que un individuo tiene como persona.
- b) Autoevaluación: proceso de realizar un juicio consciente de la importancia o significancia social del Yo.

Sin embargo es preciso aclarar que ambos pueden no coincidir (Brisset, 1972, Cit. Magaña, 1988).

Para William James, el self empírico está formado por 3 constituyentes:

Self social o las opiniones que los demás tienen de él;

Self material o cuerpo;

Self espiritual, con habilidades y rasgos dirigidos por el Yo.

En 1890 William James, mencionó el hecho de que una persona tiene tantos self sociales como tantas personas sean quienes la rodeen. Bajo esta misma línea es que podemos llegar al llamado self espejo; es decir, el concepto que se va formando la persona surge de la interacción con otros, ya que estos nos hacen ver nuestras características así como las expectativas y evaluaciones acerca de nosotros.

Al destacar el aspecto social Cooley menciona que una persona forma su autoconcepto a partir de lo que cree los demás creen que es (Oñate, 1989).

Para Cooley (1902) en el self imagen o reflejo hay 3 pasos:

1. Lo que la persona imagina que su apariencia representa para los demás.
2. La valoración positiva o negativa que tienen los demás con respecto a dicha apariencia.
3. La satisfacción personal acerca de los juicios valorativos que los demás han hecho de “mi” persona (Ibid).

El autoconcepto no es innato, sino el resultado de las interacciones personales que el individuo posee (Magaña, 1988).

Una de las razones importantes en el estudio del autoconcepto es que nos ayuda a entender en la práctica el desarrollo del individuo. Así ha podido encontrarse una relación recíproca entre un autoconcepto realista y una buena adaptación; de tal manera que un funcionamiento armonioso de la personalidad logrará la satisfacción y felicidad personal (Ibid).

Coopersmith (1967) se enfocó a estudiar el autoconcepto en términos de aspiraciones y valores transmitidos así como en los logros o éxitos personales (Oñate, 1989).

Para Staines (1958) el autoconcepto se organiza por niveles, categorías y dimensiones.

Dentro de los niveles encontramos: El Yo conocido (lo que percibo que soy)

El otro Yo (lo que otros piensan de mí)

El Yo ideal (lo que deseo ser)

En las categorías tenemos los aspectos personales de lo que estoy consciente y puedo exteriorizarlos; características físicas, habilidades, rasgos, actitudes, valores y metas.

Por último en las dimensiones encontramos variaciones en cuanto a autoconciencia, diferenciación, potencia, integración, realismo, estabilidad, autoaceptación y certeza (Ibid).

En general, el autoconcepto puede entenderse como la definición que tenemos cada persona acerca de nosotros mismos; definición que por demás esta decir es la más completa, pues incluye desde las características personales que cualquier gente podría hacernos notar, hasta las características más íntimas de las que sólo nosotros tenemos consciencia.

Dicha definición no es sólo una recopilación de lo que fuimos en el pasado y somos en el presente, es también una guía para orientarnos acerca de lo que deseamos ser y hacer en el futuro (Symonds, 1951, Cit. en Hernández, 1995; Magaña, 1988).

Desde el punto de vista de la psicología social, el self tiene 2 aspectos:

1. Autoconcepto. Idea de sí mismo.
2. Autoestima. Sentimientos de estima hacia sí mismo.

“Autoestima es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo. Tales

actitudes evaluativas parecerían indicar el alcance al que el individuo cree ser capaz, ser significativo y digno” (Coopersmith, 1967, Cit. Oñate 1989, p. 79).

Oñate (1989) señaló que cuando se mide el autoconcepto podemos encontrar 2 medidas que frecuentemente se confunden:

1. El autoconcepto propiamente dicho, que revela cómo se ve el sujeto a sí mismo y
2. El informe que el sujeto quiere dar sobre sí mismo (p.81). En el autoinforme quizás encontremos en la persona actitudes que realmente tiene.

Así mismo, citó 3 puntos fundamentales que han predominado en las investigaciones sobre autoconcepto; entre las que destacan para la finalidad del presente trabajo:

1. La representación de sí mismo fundamentada en el contexto social (principalmente familia) y en el desempeño de roles.
2. La relación entre la percepción del Yo y del Otro.
3. La representación de sí mismo en base a la perspectiva del Yo percibido y el ideal.

Bar-On (1985) y Ackerman (1987) coinciden en afirmar que el autoconcepto se constituye a través de la identidad familiar y de las interacciones sociales que el individuo va conformando desde su nacimiento (Magaña, 1988).

Mead psicóloga social contemporánea describe el autoconcepto como aquel que permite al sujeto tomar actitudes y conductas propias y de los demás para con ello formar el propio. Así da gran importancia a los aspectos socioculturales en los que vive el individuo ya que al

relacionarse con ellos se conceptualiza a sí mismo como único y como parte de la sociedad (Mead, 1934, Cit. en Hernández, 1995).

El autoconcepto se ve inmerso en la historia personal y la secuencia del desarrollo; sus cambios se van cimentando a lo largo de la vida, sin embargo al principio de cada etapa éstos suelen ser más marcados (Harrocks, 1985; Jersild et al, 1978; Offer, 1969, Cit Magaña, 1988).

Así L'Ecuyer en 1981, por ejemplo, describió las siguientes etapas:

1. De 0 a los 2 años, surge el Yo, comprendiendo una iniciación de la imagen corporal proveniente de la percepción del propio cuerpo.
2. 2 - 5 años. La evolución del autoconcepto deja verse a través del desarrollo del lenguaje (uso del Yo y el Mi) y sus efectos de la interacción social.
3. 5 - 12 años. Etapa en que el Yo se expande, es decir, nacen nuevos intereses producto generalmente del contacto con los compañeros.
4. 12 - 18 años. Etapa correspondiente a la adolescencia, durante la cual la imagen corporal toma especial importancia. Otros aspectos de relevancia son las nuevas ideologías y la relativa autonomía personal, las cuales producen nuevas percepciones de sí mismo y por lo tanto modificaciones en la autoestima.
5. 20 - 60 años. Su punto esencial es la madurez del Yo, considerada como una evolución de la persona en la que se producen bastos cambios.
6. 60 - 100 años. Fase en la que se observa un declive general que repercute en un autoconcepto negativo debido a los cambios drásticos que van de una jovialidad a la disminución de capacidades físicas. Existe pérdida de identidad, baja autoestima y menor interacción social (Oñate, 1989).

Particularmente, la adolescencia es un período de grandes ganancias positivas en el área de identificación del rol (Erikson, 1963; Gross, 1987; Rasmussen's, 1964, Cit. Hurlbut, 1997), estabilización de autoconcepto y aumento de autoestima (O'Malley & Bachman, 1983; Mc Carthy & Hoge, 1982, Cit. Hurlbut, 1997).

Aún cuando las experiencias durante la adolescencia son en su mayoría cambios sociales, emocionales, físicos y cognitivos, estos no indican que tal período sea caracterizado por disturbios psicosociales, excepto posiblemente durante la adolescencia temprana (12-13 años) (Demos & Savin-Williams, 1992, Cit. Hurlbut, 1997). Años atrás se consideró que la edad no se encontraba en estrecha relación con el nivel de autoconcepto, pero en los 80's estudios como los de O'Malley & Bachman, 1983; Nottelmann, 1987; Demo & Savin-Williams, 1984; encontraron un incremento en el nivel de autoestima entre los 15 y 23 años de edad (Hurlbut, 1997).

Marsh y cols. (1988, 1995) indicaron que el autoconcepto declina durante los años de la preadolescencia, los niveles bajan durante la mitad de la adolescencia e incrementan durante la adolescencia tardía (Sharpes, 1997).

Un factor esencial para llevar a cabo una identificación positiva de rol durante la adolescencia, es el entender su presente en términos de su desarrollo pasado y combinando esto con sus futuras aspiraciones y expectativas de competencia (Hurlbut, 1997).

Una de las razones por la que resulta interesante estudiar el autoconcepto durante la adolescencia, es la clara preocupación por parte del adolescente por su autoimagen; siendo notorios sus cambios en la apariencia física (Magaña, 1988).

El imitar a los demás, parece ayudar a evitar conflictos internos y externos pues lo que se imita ya está comprobado socialmente y nos brinda cierta seguridad; sin embargo hay personas

que encuentran la seguridad rechazando lo nuevo y quedándose con lo conocido. Aunque esto suele ocurrir durante la adolescencia, al final de ésta, la persona experimentará la necesidad de apearse más a la realidad (Ibid).

Durante la adolescencia, la autoimagen se torna particularmente interesante. El hecho de comenzar a tomar importantes decisiones los lleva a preguntarse quiénes son y cuán importantes y buenos pueden llegar a ser, sobre todo en el contexto social, con la finalidad de hacerse conscientes de su imagen. Uno de los problemas ante el que se encuentra el adolescente con su autoimagen, es el hecho de verse lleno de potencialidades pero con pocos logros y en gran parte por la ambigüedad de trato al que socialmente se enfrenta de manera constante, donde se ve tratado bajo ciertas circunstancias como un niño y ante otras como un adulto. Ahora el adolescente replantea, consolida y busca nuevos intereses, actitudes y valores que solidifiquen su personalidad (Rosemberg, 1973).

El contexto externo durante la adolescencia cobra especial importancia, pues el adolescente reafirma constantemente su autoconcepto a través de la identificación con sus compañeros, significando esto una identificación en cuanto al arreglo personal, las posesiones materiales y los distintos comportamientos manifiestos (Magaña, 1988).

El resultado puede ser una relativa inestabilidad del autoconcepto, esto es a lo que Erikson llamo confusión de identidad (Verkuyten, 1995).

Algunos estudios han encontrado relación entre un autoconcepto bajo y situaciones tales como: el crimen (Krueger & Hansen, 1987), el suicidio (Emey, 1983; Walker & Mehr, 1983), uso

de drogas (Reardon & Griffing, 1983) dependencia, alcoholismo y embarazo adolescente (Patten, 1981; Zongker, 1997). Fue también este último autor quien encontró sentimientos de autoestima pobres, inadecuación, desprecio e insatisfacción con sus cuerpos en adolescentes embarazadas (Sharpes, 1997).

La apariencia física contribuye de manera importante en el concepto de sí mismo y por lo tanto durante la adolescencia la aceptación de los cambios corporales rápidos llevan también a una nueva actitud hacia sí mismo y los otros. El autoconcepto es una especie de ecosistema, donde lo que ocurre en el contexto externo repercute en el concepto de sí mismo y viceversa (Magaña, 1988).

Wells y Marwell (1976) definen al autoconcepto en términos de actitudes reflexivas, las cuales se miran a través de 3 aspectos:

1. Aspecto cognitivo, el cual implica el contenido psicológico de la actitud.
2. Aspecto afectivo, que se refiere a las evaluaciones relacionadas con el contenido.
3. Aspecto connotativo, que son las respuestas comportamentales de la actitud (Cit. en Hernández, 1995, p.20).

Ausubel en 1952; Hartman Cit en Hernández, 1995 consideraron que desde el nacimiento en la formación del autoconcepto intervenían la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales.

En la formación del autoconcepto, la persona mira hacia sí mismo y destaca sus similitudes y diferencias con respecto a los otros (Ofiate, 1989).

Un autoconcepto estable está asociado con felicidad y satisfacción, así como con un locus de control y motivación de logro más alto (Rosenberg, 1979, 1985, Cit. Verkuyten, 1995).

En el caso de valoraciones negativas la satisfacción es sustituida por sentimientos tales como humillación o terror (Oñate, 1989).

“La frustración de las necesidades y valores hace al individuo vulnerable y falto de energía, lo que le impide el desarrollo normal de su persona” (Rodríguez, 1988, p.15).

Los otros significativos son aquéllos que tienen la capacidad de reforzar positiva o negativamente el autoconcepto de otra persona (Oñate, 1989).

La imagen corporal cambiante del adolescente puede repercutir en su autoestima al notar el distanciamiento de ésta con respecto a los estereotipos culturales de belleza (Escutia, 1992). En el área personal generalmente las chicas tienen menor autoestima que los varones, quienes se sienten más seguros y menos ansiosos (Magaña, 1988). Simmons y Rosenberg (1975) encontraron pequeñas diferencias entre el autoestima de las mujeres y de los hombres adolescentes; encontraron que mientras las mujeres muestran inestabilidad en el autoconcepto, los varones se muestran más seguros de sí mismos y de sus ideas (Verkuyten, 1995). Sin embargo en el área familiar son las mujeres las que muestran cierta ventaja (Oñate, 1989).

La constante preocupación de los adolescentes por ser aceptados por sus congéneres muchas veces los lleva a realizar conductas de alto riesgo, entre ellas el embarazo (Escutia, 1992).

Se han encontrado múltiples cambios correlacionados con los efectos negativos como son una baja autoestima y relaciones pobres con sus pares. De acuerdo con la teoría de Erikson, este hecho disminuye la probabilidad de desarrollar adecuadamente la identificación del rol.

Relacionados con la autoestima durante la adolescencia se encuentran diversos factores como: las diferencias individuales, el género y el ambiente. Block & Robins (1993), encontraron con respecto al género que en las adolescentes la socialización repercute en el incremento de la autoestima, mientras que en los adolescentes la independencia. Dentro del factor socialización se encontró el buscar interactuar con pares de características físicas similares.

Para Nottelman (1987) deben considerarse las distintas experiencias a las que pueden enfrentarse los jóvenes además de los cambios propios de la adolescencia. El embarazo o maternidad durante tal período de la vida se ha relacionado con una autoestima baja (Hurlbut, 1997).

Cuando una persona tiene un alto autoconcepto en una dimensión de su persona, tendrá que pasar numerosos o dolorosos fracasos para que esta realidad cambie a un autoconcepto moderadamente bajo o bajo; tal puede ser el caso de el embarazo durante la adolescencia (Oñate, 1989). Sin embargo, existe también la parte social en la que el embarazo y la maternidad son altamente valorados, pues el dar a luz y amamantar son actos reconocidos como virtudes y experiencias únicas en la vida de la mujer.

Se cree que el valor que nos asignamos nosotros mismos es determinante, ya que aquí nos formamos un autoconcepto ya sea positivo o negativo. El autoconcepto negativo nos condena a no ser capaces de lograr trabajos, tareas, metas, etc., y como consecuencia a dar una mala impresión de nosotros. Cuando una persona se da cuenta de que su conducta no es aceptada por

su grupo social se ve a sí misma como un ser inadaptado, lo que repercute en su estado de ánimo. Un autoconcepto alto o positivo nos da una persona con éxito y con gran seguridad de dar una buena impresión a los demás (Solis, 1991).

Ya se ha mencionado anteriormente la importancia del entorno social en la formación del autoconcepto de cada persona, pero Oñate en 1989 resaltó la relación entre el autoconcepto paterno y el autoconcepto del niño.

De acuerdo a la teoría psicosocial de Erikson, el autoconcepto de la madre adolescente se encuentra relacionada con la experiencia en el campo cognoscitivo.

Rasmussen's (1964) y Penny et al (1993), mencionaron que aunque los factores educación y economía son parte importante en la explicación de la diferencia entre el autoestima de las madres adultas y madres jóvenes, hay variables que deben investigarse más para conocer y tratar de apoyar en algo a la población de jóvenes madres que hasta ahora parece estar en desventaja.

Algunos estudios han apoyado esta conclusión, pero también han encontrado que la autoestima se correlaciona con el rol de la mujer, identificación, desarrollo de expectativas y maltrato físico. Sin embargo, el proceso de desarrollo de la autoestima es continuo y se piensa que en las madres adolescentes se estabilizará o se incrementará aproximadamente a los tres meses del nacimiento de su hijo. Por su parte, Braun & Fuscaldó en 1988, encontraron que las madres adolescentes con baja autoestima, llegan a utilizar más el maltrato corporal en comparación con aquellas que tienen niveles altos de autoestima (Hurlbut, 1997).

Desde el inicio del presente trabajo se planteó la investigación en torno a la relación autoconcepto y embarazo adolescente; tal planteamiento responde a la hipótesis de que un autoconcepto deficiente influye considerablemente en la capacidad de planeación y ejecución del

comportamiento. De tal manera que conocer acerca del autoconcepto permitirá reforzar la satisfacción de necesidades socio-afectivas y favorecer el proceso de toma de decisiones adecuadas para la persona (Oñate, 1989).

CAPÍTULO V

SERVICIOS DE ATENCIÓN REPRODUCTIVA

5.1 Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en América

5.2 Planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos en México

5.3 Estudios y programas de atención a adolescentes en México

5.1 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN AMÉRICA

En muchos países desarrollados es común el uso de anticonceptivos entre grupos de mujeres casadas o en edad reproductiva, esta tendencia se ha desarrollado rápidamente aunque los niveles promedio de uso apenas se han empezado a extender en países de mediano y poco desarrollo.

Debemos de considerar aspectos como tamaño de la familia, espacios de interacción para el niño, razones laborales o de formación, culturales y económicas, que influyen en el uso de anticonceptivos en las mujeres antes de casarse. En este contexto existen leyes y regulaciones, así como políticas sociales que determinan el acceso a información anticonceptiva. Estos factores son importantes a considerar, principalmente el de conocer las leyes y regulaciones anticonceptivas que las mujeres adultas y adolescentes deben conocer en términos de los tipos de anticonceptivos permitidos para su distribución o prescripción.

En países de América Latina y el Caribe los datos demuestran que el conocimiento de métodos por mujeres no casadas es similar al de las mujeres casadas.

La mayoría de los estudios de fertilidad que cuestionan el uso de anticonceptivos, se basan en mujeres casadas y pocos incluyen la actividad sexual en adolescentes no casadas.

En algunos países las mujeres no casadas no tienen acceso a métodos anticonceptivos y las mujeres casadas requieren tener permiso de su esposo para tener acceso.

En general en América Latina y el Caribe, los niveles de uso de anticonceptivos oscilan entre un 60 y 70%. Particularmente en Jamaica el 70 % usan anticonceptivos, en México el 75%, mientras que en Honduras solo un 16%.

Entre los métodos más comunes están: píldoras hormonales, DIU, inyecciones, esterilizaciones en hombres y mujeres, condones, métodos vaginales como diafragma, espermaticidas, jaleas y cremas y el método tradicional del ritmo y el retiro (UN, 1989).

En cuanto a la preferencia de métodos anticonceptivos, en países como Jamaica, el Salvador, Costa Rica, República Dominicana y Venezuela la píldora es el más usado. En Brasil el 87% la usan, mientras que en países como Ecuador y México el condón, el método del ritmo y el retiro son los más utilizados, pero los menos efectivos al no saber utilizarlos.

Es importante resaltar que uno de los grandes problemas a los que se enfrenta el adolescente es que el conocimiento y experiencia en temas sexuales afecta la conducta de los padres, ya que estos no aceptan la anticoncepción ni el uso de métodos en sus hijos. Como consecuencia de estos miedos por parte de los padres de familia, la información que los adolescentes tienen de la sexualidad y de la reproducción humana es incompleta y confusa.

En respuesta a esta problemática la ONU indicó a diversos países con altos promedios de fertilidad en población adolescente, el incluir en su currículo escolar la educación anticonceptiva. Esto desgraciadamente no ha dado muchos resultados en las áreas rurales, debido al nulo nivel educativo prevaleciente.

5.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MÉXICO

El punto fundamental para la planificación familiar es el uso de anticonceptivos con los cuales la pareja puede regular su fecundidad. Para tal fin, la difusión de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos se ha ampliado en las últimas décadas.

Las ventajas que promueve la planificación familiar son: mejorar la calidad de vida de la familia al sugerir “pocos hijos para darles mucho”, tener los hijos deseados y en el momento más conveniente.

En la actualidad la población joven es una de las metas de las instituciones de planificación familiar, pues se ha podido confirmar a través de diferentes estudios que en dicha población, la utilización de métodos anticonceptivos se limita a un 17.5% cuando se trata de parejas recién formadas y sin hijos (CONAPO, 1996).

La Encuesta Nacional de Planificación Familiar (ENPF) en 1995, citada por CONAPO en 1996, mencionó entre los métodos anticonceptivos más conocidos por las mujeres que viven en pareja, los siguientes: las pastillas, el dispositivo intrauterino (DIU), la oclusión tubaria (OTB) y las inyecciones en el orden mencionado, seguidos por: los preservativos, la vasectomía, el ritmo, los óvulos o jaleas y los implantes. Oscilando los porcentajes en cuanto a su conocimiento de un 90% a un 10% aproximadamente. En México se calculó en el año de 1994, que el 50.3% de los matrimonios adolescentes necesitaban métodos anticonceptivos (Blum, 1994).

Un estudio realizado en México por Pick y cols; en 1988 (Cit. Pick & Givaudan 1994), muestran que las relaciones antes del matrimonio son practicadas por las adolescentes de 12 a 19 años.

Aún cuando muchas mujeres se inician en la vida sexual durante la adolescencia, esto no significa que se integran a una actividad sexual regular. En muchas adolescentes solteras la actividad sexual tiene un carácter impredecible, lo que se refleja en el empleo de métodos anticonceptivos (Susheela, 1990).

Blum (1997) refiere que en el año de 1994 las mujeres mexicanas informaban que los métodos anticonceptivos que más usaban eran la esterilización en un 12.8%, la píldora en un 8%, seguido por el DIU en un 6.6%, y el resto empleaba otros métodos en un 6.6%. “En cuanto al método anticonceptivo más usado por las adolescentes casadas tenemos al DIU con un 39%” (p.42). Cabe destacar que el conocimiento de los distintos métodos depende en gran medida de su disponibilidad real (Susheela, 1990).

La labor más notable en cuanto al suministro de métodos anticonceptivos en México corresponde al Sector Salud Pública. En 1995 el 44% de las usuarias habían sido apoyadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y un 16% por la Secretaría de Salud. Pero también cabe señalar que las farmacias constituyen una fuente muy importante de suministro de métodos anticonceptivos para las mujeres que se inician con el uso de pastillas anticonceptivas y métodos locales. Actualmente el sector privado médico ha ido perdiendo campo en este aspecto y debemos confiar en los conocimientos, madurez y consciencia de los usuarios de métodos anticonceptivos para buscar los diferentes tipos de atención (CONAPO, 1996).

En América Latina han surgido programas de salud reproductiva con respecto al tema de anticonceptivos. El sistema educativo, algunos servicios de salud pública y diversas organizaciones no gubernamentales (ONG), han ido poco a poco desarrollando estrategias de intervención para adolescentes (Rizo, 1992, Cit. en Velasco, 1994).

México es considerado como un país en el que se cuenta con amplios programas gubernamentales o privados, que ofrecen variedad de métodos de planificación de manera gratuita o a bajos costos; y que busca a través de dichos programas brindar constante apoyo a los adolescentes. Sin embargo las encuestas de adultos jóvenes (15-24 años) citadas por la Alan Guttmacher Institute, reportaron que entre la cuarta y sexta parte de los que vivían en zona urbana, nunca habían recibido educación sexual en o fuera de la escuela (Susheela, 1990).

Uno de los retos más importantes en cuanto a métodos anticonceptivos, son las diferencias de uso en las zonas rurales y las urbanas. En 1987 en las zonas urbanas el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos doblaba el de las zonas rurales. En 1996 la diferencia es de 35%. Estas cifras reflejan los cambios que se han logrado, pero también invitan a continuar con la labor (CONAPO, 1996).

La capacitación de personal de salud y la expansión de oferta de servicios han jugado un papel trascendental en los últimos 20 años para promover el uso de métodos anticonceptivos.

Los resultados tomados de las Encuestas Demográficas y de Salud, citados por el Alan Guttmacher Institute, mencionan a México como uno de los países de América Latina donde los conocimientos generales acerca de anticonceptivos son amplios.

Las opciones para la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, pueden agruparse en dos áreas básicas y su aplicación depende de las circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales de cada país:

- 1) Área de educación: en la cual se debe de otorgar la formación como parte del curriculum escolar, pero además se sugiere establecer programas extraescolares con el propósito informar

y orientar acerca de la sexualidad humana de manera oportuna y eficiente para que cada individuo preserve su salud sexual y reproductiva (Mondragón, 1987).

Tal y como demuestra la SEP en la Prueba Operativa del Programa Nacional de Modernización Educativa que cerca del 90 % de los estudiantes consideraban que haber cursado la materia de “Adolescencia y Desarrollo” les facilitaba la comunicación con sus padres, maestros y amigos en relación a temas de sexualidad; asimismo se halló un incremento en el conocimiento de métodos anticonceptivos (40%). Las actitudes de los profesores cambiaron positivamente, pero debe recordarse que para establecer una educación sexual adecuada es necesario contar con el apoyo familiar y promover en los adolescentes la asertividad. (Pick y cols. 1993, Cit. en Pick & Givaudan 1994).

Por ello es preciso concientizar a los padres de familia y maestros acerca de la importancia de la educación sexual de los adolescentes, con el fin de brindarles la confianza necesaria para que en un momento determinado darles las guías para ejercer su sexualidad (Mondragón, 1987).

2) Área de prestación de servicios: esta dependerá de la opción operativa que se maneje en cada localidad, ya sea como un servicio especial en determinados centros o bien cuando el programa está visualizado dentro de la estructura institucional como parte de la atención a la población.

Algunas variantes de estos programas son la creación de centros juveniles de servicios múltiples que ofrecen información y servicios de planificación familiar, actividades recreativas, bolsa de trabajo, foro de encuentro para discutir diversos temas, entre otros beneficios (Harper, 1987).

Otra modalidad son los programas de servicios múltiples establecidos con el fin de ofrecer atención médica y psicológica de la salud reproductiva, en los cuales se incluye servicios de orientación vocacional, capacitación laboral y actividades recreativas y culturales que fortalecen el desarrollo integral de las adolescentes antes, durante y después del embarazo.

Es indudable que el uso de anticonceptivos es necesario en los adolescentes entre 15 y 19 años por varias razones, entre las cuales destacan: la no planeación del embarazo, evitación de embarazos continuos y el uso de métodos anticonceptivos inadecuados e ineficaces.

La Encuesta Demográfica de Salud, evaluó los conocimientos de anticonceptivos en dos formas, por reconocimiento o espontaneidad; el reconocimiento consistió en que después de haber escuchado una descripción se identificará el método al que se hacía referencia, en tal evaluación se encontraron resultados tales como: la píldora identificada espontáneamente en un 60% y por reconocimiento en un 83%, mientras que el condón en 14 y 50% respectivamente (Susheela, 1990).

A continuación se mencionan algunos métodos anticonceptivos conocidos en la Ciudad de México por adolescentes, señalando con porcentajes su popularidad.

Píldora.....	83%
Condón.....	69%
Rítmo.....	51%
DIU.....	43%
Espermaticidas	42% (Blum, 1994).

CONASIDA en los años 1992-1993, efectuó una encuesta a 2,626 jóvenes de la Ciudad de México, para identificar la relación entre el uso del condón y la percepción de riesgo de contraer VIH; los datos encontrados fueron:

El 56% de los encuestados ya habían iniciado su vida sexual activa; de estos el 52% usaron algún tipo de protección para evitar un embarazo, alguna ETS o el VIH. Sin embargo la principal razón para usar algún método anticonceptivo, no sólo el condón, era la contracepción y en segundo término la protección contra alguna enfermedad.

Durante su última relación sexual, los encuestados dijeron haber utilizado: 39 % condón, el 5 % píldoras y el 8 % DIU, óvulos u hormonas inyectables (Izazola-Licea. 1994).

La prestación de servicios orientados a la prevención del embarazo adolescente no ha sido un aspecto importante ni generalizado en el área de salud pública, por tal motivo en México en muy pocas ciudades han sido establecidos programas de atención integral para las adolescentes (Pick & Givaudan 1994).

La ausencia de programas de educación sexual en las escuelas aunado a la poca comunicación que existe entre padres e hijos acerca de este tema, ha creado en los jóvenes un desconocimiento total acerca del ejercicio y de las consecuencias de su propia sexualidad. Una encuesta realizada por Pick, Andrade y Chávez en 1988, aplicada a 865 adolescentes de entre 12 y 19 años, corroboró que la desinformación existente entre los adolescentes esta muy marcada, los investigadores hallaron que el 60.7 % desconocen que existe un mayor riesgo de embarazo en determinado período del ciclo menstrual; asimismo se encontró una gran influencia de las creencias populares destacando que el embarazo se puede producir cuando se utiliza un baño público (38.6%) o una alberca (21.8 %) (Ibid).

Una de las alternativas para prevenir el embarazo adolescente y desmitificar dichas creencias es organizar dentro de las escuelas centros de salud o agrupaciones sociales dedicadas a la atención de adolescentes y materias o programas educativos dedicados a la temática de la sexualidad humana, no sólo con el propósito de informar sino de formar jóvenes responsables y asertivos respecto a su vida sexual y por lo tanto a su vida personal (Mondragón, 1987).

En 1993, se llevo a cabo la Primera Encuesta Nacional sobre Actitudes hacia la Educación Sexual realizada por la empresa IMOP-Gallup, con una muestra representativa a nivel nacional de 2,595 personas (1297 hombres y 1298 mujeres) de 15 años en adelante, obteniendo los siguientes resultados: el 35% afirmó sentirse capacitado para discutir con sus hijos aspectos relacionados con la sexualidad, el 81.3% de los entrevistados entre los 15 y 20 años deseaban recibir información de cómo evitar el embarazo, el 87.5 % acerca de como prevenir el SIDA, el 80% sobre masturbación, el 82 % sobre sexualidad, 86% acerca de prevención de abuso sexual y 77% sobre aborto y sus consecuencias.

Una de las conclusiones respecto a los puntos anteriores en la que coincidieron un 95% de la muestra estudiada, fue el manifestar la necesidad de impartir información sexual en las escuelas del país. Contrario a ello, se han hecho comentarios adversos a esta necesidad, dando razones como que el establecimiento de la educación sexual en las escuelas promoverá el inicio temprano de relaciones sexuales (Pick & Givaudan, 1994).

Por lo cual es importante reflexionar acerca de los componentes necesarios para que un programa de educación sexual sea exitoso; la participación activa de instructores capacitados en el tema y una atmósfera de confianza es fundamental para impartir cursos de esta índole, ya que

de ellos dependerá que el adolescente pueda traducir sus conocimientos en un cambio de actitudes asertivas a su vida sexual (Pick, Reyes y Hernández, 1992, Cit. en *ibid*)

La educación sexual como parte de la educación formal, debe involucrar tanto a profesores, padres de familia, adolescentes y expertos en la materia, para estructurar un curriculum acorde a las necesidades y expectativas de nuestra sociedad; no obstante cabe señalar que si dicha educación se recibe desde los primeros años de vida se fomentará en el individuo que su sexualidad debe ser llevada a cabo de la manera más natural e informada posible (Pick & Givaudan 1994).

Además es importante destacar que uno de los puntos centrales que han influido en el éxito de los programas de sexualidad es contar con la participación de adolescentes como facilitadores del tema (*ibid*). Quienes deben involucrarse de manera voluntaria para que participen motivados y motiven a sus coetáneos y así se logre crear un ambiente retroalimentador propulsor de un aprendizaje constructivo en el que el joven también pueda aportar y por ende aprender de ellos (Henríquez, 1994).

El proceso de la toma de conciencia del problema y de la elaboración de programas para educar y servir a los adolescentes ha sido lento, particularmente en los países en vías de desarrollo (Mondragón, 1987).

Debido a que en México vivimos en una sociedad con grandes rezagos educativos, especialmente en el área de sexualidad, se han mitificado muchos aspectos respecto al embarazo y a la anticoncepción, por lo cual muchos adolescentes reciben directa o indirectamente información distorsionada o de sentido común acerca de lo que les preocupa. Por otra parte, también existe una buena proporción de los adolescentes que se interesa por recibir orientación

profesional médica y psicológica que les ayude a fomentar su desarrollo integral. Este último punto se confirma con la encuesta realizada en 1988 por el Consejo Nacional de la Población, en donde se encontró que el 97% de estudiantes de nivel medio superior sugería que debería haber educación sexual en las escuelas.

En el año de 1985 Monroy se interesó por investigar la relación existente entre la edad y el uso de anticonceptivos en la primera experiencia sexual, para lo cual realizó un estudio en la Ciudad de México con mujeres y hombres entre 17 y 21 años encontrando que: las mujeres y hombres de menor edad hicieron mayor uso de anticonceptivos en su primera relación sexual, 22 y 31% respectivamente. En los de mayor edad las cifras fueron de 15 y 31% para las mujeres y en un 16 a 51 % para los hombres. Aunque dentro del matrimonio y las uniones consensuales el porcentaje de uso bajó en las mujeres hasta un 19.7%. Ahora bien hay otros autores que se interesaron por el factor preparación escolar, como por ejemplo, García en 1981 indicó que entre los estudiantes universitarios los anticonceptivos más empleados eran el ritmo (1 de cada 3) y los métodos hormonales (1 de cada 5). Monroy en 1985 señaló el ritmo, la píldora y el condón. Para los jóvenes casados, el dispositivo intrauterino, la píldora y la inyección (Velasco, 1994a).

Hatcher (1973) y Monroy (1983), Babirian y Goldman (1971), Cobliner (1975) y Finkel y Finkel (1975), han mencionado otros factores relacionados con el uso de anticonceptivos, los cuales son:

1. Distorsión de la información: la pareja comparte creencias erradas
2. Conocimiento pobre acerca de los temas reproducción y anticonceptivos
3. La percepción de un difícil acceso del adolescente a los servicios de planificación familiar
4. Presión personal, grupal y social

5. La no planificación de los adolescentes
6. Falta de comunicación de la pareja acerca del tema
7. La inestabilidad de la relación que afecta directamente la frecuencia de las relaciones y la aceptación de la sexualidad por parte de la mujer
8. La actitud de los hombres hacia el uso de medios anticonceptivos; el 62% de los varones piensa que su uso hace que la relación parezca planificada y 54% cree que las mujeres son quienes deben utilizarlos (Monroy, 1988).

Investigadores como Oskamp y Mindick, 1983; Pick, 1987 (Cit. en Pick & Givaudan 1994); observaron una relación significativa entre las características de la personalidad y la conducta sexual y anticonceptiva de las adolescentes.

A través de varios estudios se han encontrado características de personalidad comunes en las embarazadas adolescentes tales como:

- Menor habilidad de planear su futuro
- Baja valoración personal combinada con una mayor desobediencia
- Relaciones sexuales sin protección (Díaz Loving y Pick, 1988, Cit. en *ibid*).

Gough (1979), citado por Monroy en 1988, destaca que el uso de anticonceptivos se relaciona directamente con el tipo de personalidad. Según este autor en el caso de los hombres que aceptan y favorecen el uso de anticonceptivos, son varones menos autoritarios y positivos hacia la planificación familiar. En contraste, aquellos que no aceptan el uso de anticonceptivos muestran una actitud resistente al cambio.

El análisis de los programas de sexualidad tanto tradicionales como participativos, llevó a la conclusión que ambos aportan valiosos conocimientos al adolescente, empero los programas

participativos integrales además de ello generan un cambio de actitudes y conductas (Pick & Givaudan 1994). Un ejemplo de estos últimos es el programa de educación sexual y para la vida familiar “Planeando tu vida”, el cual es más efectivo si se aplica antes de que los adolescentes tengan su debut sexual, debido a que se propicia el uso de métodos anticonceptivos (ibid).

5.3 ESTUDIOS Y PROGRAMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA ADOLESCENTES EN MÉXICO

La salud del adolescente entendida como el completo bienestar físico, psíquico y social, es elemento fundamental para el desarrollo de los países. Pero la salud no es un concepto para sólo una etapa de la vida, ni un estado únicamente dependiente de circunstancias presentes. La salud se gesta desde la salud de los padres previa al embarazo y desde los ambientes micro hasta los macros (Gutiérrez, 1994).

La sociedad entera debe procurar establecer programas, centros de recreación, etc; que contribuyan a que los adolescentes canalicen sus energías en actividades formativas y que al mismo tiempo promuevan la consagración de su autonomía; no obstante, la sociedad no oferta oportunidades y por lo tanto es necesaria la promoción de dichas redes de apoyo (Henríquez, 1994).

La tarea de los adultos no culminará en delimitar lo que no se debe de hacer, más bien consistirá en proponer alternativas de lo que se puede hacer para disfrutar de una salud integral; para lo cual es indiscutible la cooperación de los adolescentes y los adultos, para que conjuntamente establezcan objetivos y actividades (Morris, 1994).

Carlos Serrano (1994) define la integralidad como la calidad, la armonía y la normalidad en la interrelación de lo social, lo biológico, lo psicológico y lo espiritual, los cuales propiciarán factores de protección (ibid).

Los espacios que se crean en torno a la educación sexual deben abordarse concienzudamente desde tres aspectos fundamentales para el desarrollo integral del adolescente: físico (médico), psicológico y social. En cualquier programa antes que nada se debe considerar al adolescente como una persona, darle seguridad y propiciar que acepte sus virtudes y defectos (Henríquez, 1994).

Para fundamentar y crear un programa de salud sexual y reproductiva acorde a las necesidades del adolescente es preciso retomar dos premisas fundamentales: 1) retardar la actividad sexual de los adolescentes y 2) informar oportunamente acerca de los anticonceptivos y su uso adecuado para la prevención de embarazos adolescentes o enfermedades de transmisión sexual.

Así el fin principal que debe perseguir un programa de este tipo es posponer la actividad sexual y estimular la responsabilidad en los jóvenes respecto a su vida sexual, minimizando los problemas y las consecuencias negativas de las relaciones sexuales.

Una institución que se ha interesado en la creación de programas relativos a la temática embarazo adolescente es la Federación Internacional de Planificación Familiar Región Hemisferio Occidental, cuya función es brindar información sobre planificación familiar y servicios para adolescentes. Dicha institución a través de sus programas brinda información acerca de educación sexual: servicios anticonceptivos, orientación y educación para la vida familiar, orientación vocacional y adiestramiento en oficios, y actividades recreativas (Gutiérrez, 1994).

Para el gobierno representa altos costos la iniciación sexual precoz en la población adolescente, así como los embarazos tempranos, para ello en común acuerdo con la sociedad éste debe propiciar la creación de políticas para tratar de solucionar este problema creciente (Morris, 1994).

En cuanto a la educación sexual en México, aún cuando ésta no es de carácter obligatorio, desde 1975 el artículo 25 de la Constitución Mexicana, hace hincapié en el derecho a la información acerca de planificación familiar. En este mismo año la Ley General de Población autorizó el establecimiento de programas de planificación familiar en los servicios educativos y de salud pública como una alternativa para el problema demográfico (Escutia, 1992).

El Center for Population Options, de origen Estadounidense, en colaboración con la Asociación Demográfica Costarricense (ADC), en el año de 1994 trabajó en países como Colombia, Brasil, Bolivia, Ecuador, Perú, Costa Rica, El Salvador, Honduras, México y República Dominicana, tanto con jóvenes escolarizados como no escolarizados. Su labor fue capacitar a personas que trabajarían con jóvenes para apoyar a estos en temas como: comunicación, autoestima, valores, roles y estereotipos masculino y femenino, establecimiento de objetivos, proceso de toma de decisiones, paternidad, sexualidad, SIDA, educación y empleo (Macieira, 1994).

Asimismo, otras organizaciones han considerado a las áreas cognitiva, emocional y conductual como parte de las discusiones acerca de la salud integral del adolescente, con el objetivo de modificar la actitud del educando con respecto a los comportamientos de promoción y prevención en el área de salud sexual y reproductiva (Riveros, 1994).

En el año de 1994 se expuso en la “Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente”, que en el Estado de México se contaba con 2 millones de adolescentes (10 - 19 años) y se llevó a cabo una encuesta a 4,469 estudiantes de secundaria en 19 municipios, para poder obtener herramientas para la realización de un manual para orientadores. Los temas de la encuesta fueron: adolescencia, familia, educación sexual, SIDA, farmacodependencia, superación personal y situación legal del adolescente. Los temas que despertaron mayor interés fueron los tres primeros. Finalmente el manual para el orientador se integró con 8 capítulos: comunicación en la familia, afecto y adolescencia, nuestro cuerpo, manifestaciones de la sexualidad y ETS, embarazo en la adolescente, métodos anticonceptivos, toma de decisiones y en búsqueda de la pareja. En tal entidad el manual fue aplicado a través de los orientadores a los adolescentes en las escuelas secundarias (Lara, 1994).

Por otra parte, centrándonos en la problemática de las madres solteras podemos citar el Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes, a cargo del SNDIF y la UNICEF, cuyo objetivo es “promover la creación a nivel nacional de grupos de autoayuda a madres adolescentes” (Lozano, 1997, p.2).

Los estudios acerca de madres adolescentes en México en su mayoría son financiados por instituciones internacionales tales como: Population Council, la Organización Panamericana de la Salud y The Pathfinder Fund (Escutia, 1992).

El objetivo de los servicios de salud reproductiva para adolescentes es “fortalecer la infraestructura de salud física y psicológica, para satisfacer las necesidades requeridas por los adolescentes” (Escutia, 1992, p. 6).

Dentro de los programas de atención a adolescentes embarazadas en México puede citarse el trabajo que realiza el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que a partir de 1992 a través de sesiones grupales con las adolescentes, han motivado en éstas la autoreflexión con el fin de destacar sus necesidades y crear sus propias alternativas de solución (Escutia, 1992).

El INPer trabaja con 2 tipos de intervención:

1. Educativa, la cual consiste en grupos de adolescentes que trabajan de manera participativa en diversos temas de interés referentes con la problemática embarazo adolescente.
2. Psicoterapia breve con las adolescentes en cuestión (Velasco, 1994b).

En el año de 1994 se realizaron diversos estudios referentes al embarazo adolescente dentro del Hospital Materno Infantil de Inguarán, a continuación destacaremos algunos de los resultados que consideramos aportan información a la presente investigación.

Godinez y cols; pretendieron conocer el grado de información acerca de métodos anticonceptivos y cuidados del recién nacido con que contaban las adolescentes que acudían a dicho hospital y cuyas edades fluctuaban entre los 11 y 18 años. En tal investigación se encontró que:

El 72 % no planeó el embarazo, 94 % no utilizó método anticonceptivo alguno, 87 % ignoraba la forma de contagio de las ETS, 43 % tuvo control prenatal inadecuado, 65 % no sabía como cuidar a su hijo durante el primer año de vida, 51 % no sabía que leche darle, 68 % no contaba con información acerca de vacunas y 54 % acudía al médico sólo en caso de que su hijo se enfermara.

Así la propuesta del hospital fue: prevenir embarazos posteriores antes de los 20 años, evitar la desnutrición y mortalidad en los hijos, así como facilitar la madurez psicosocial de la madre adolescente y su familia (Godinez y cols, 1994).

Por su parte Montiel tuvo como objetivo el comparar las complicaciones maternas y fetales del embarazo precoz entre un grupo de madres adolescentes menores de 16 años de edad y un grupo de mayores de 16 años (Monroy, Sumano, 1994, p.175).

La información recopilada fue:

En menores de 16 años:

62% solteras

62% no planeó el embarazo

92% no utilizó algún método anticonceptivo

77% aceptó el embarazo

39% de las parejas aceptó el rol paterno

77% sin complicaciones durante el embarazo

39% de los neonatos pretérmino

69% parto eutócico

54% de los neonatos hipotróficos

En mayores de 16 años:

87% solteras

62% no planeó el embarazo

87% no utilizó algún método anticonceptivo

87% aceptó el embarazo

87% de las parejas aceptó el rol paterno

50% sin complicaciones durante el embarazo

25% de los neonatos pretérmino

87% parto eutócico

25% de los neonatos hipotróficos

Finalmente se concluyó que independientemente de la edad cronológica, el control natal reduce complicaciones maternas durante el embarazo, que en ambos grupos entre el 37 y el 39% de las parejas no acepta el rol paterno y que a menor edad menor información acerca de cuidados del lactante y por lo tanto se compromete la salud del niño durante los dos primeros años de la vida (Ehrenfeld-Lenkiewicz, 1994b).

En el Hospital de la Mujer y el Hospital General Dr. Manuel Gea González, sus programas de ayuda a adolescentes embarazadas abordan temas tales como: sexualidad, planificación familiar, aspectos biológicos de reproducción humana, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y cuidados del recién nacido (Escutia, 1992).

El programa educativo y de servicios para las adolescentes embarazadas, en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" (HGMGG) se inició en el año de 1986. El programa pretende brindar "conocimientos y favorecer el cambio de actitudes desfavorables hacia actitudes positivas sobre sí mismas y hacia la reflexión acerca de lo importante que es la planeación de la fertilidad precoz".

Las mujeres que se integran a dicho programa, se caracterizan por contar con menos de 20 años de edad y por ser mujeres que acuden al hospital para recibir atención prenatal o atención al momento del parto. Si bien el programa no previene el primer embarazo de la adolescente, si

puede disminuir el riesgo a un nuevo embarazo, y por qué no, las problemáticas sociales a las que se está enfrentando la joven madre.

Es importante destacar, que en este mismo hospital se lleva a cabo el programa con adolescentes internas y con adolescentes de consulta externa, además de ampliar sus servicios a distintos centro de salud de la zona de influencia.

En los años de 1989 y 1990 el HGMGG trabajó en conjunto con el Hospital General de Villa Milpa Alta (semiurbano) y con el Hospital General de Cuautlixco (rural); encontraron entre otras cosas que el promedio de edad de las mujeres hospitalizadas era de 17.6 años, mientras que en la consulta prenatal era de 17.3 años.

Siendo aún más alarmante el que en promedio ya habían tenido más de un embarazo (1.30) y el que un 17% de las pacientes hospitalizadas habían tenido al menos 1 aborto incluyendo el resultado del embarazo actual. Otros resultados reportados en el estudio fueron: mayor proporción de madres adolescentes solteras en la zona urbana en comparación con la zona rural y un promedio de 5 meses entre el embarazo y el inicio de la vida sexual activa; es decir embarazos muy cercanos.

Respecto al impacto del programa acerca de los conocimientos de planificación familiar, identificación del período periovulatorio, ETS, forma de contagio del SIDA, en particular, el programa mostró haber contribuido favorablemente entre los años de 1986 y 1989, por ejemplo:

	DE	A
Identificación del período periovulatorio	51.4%	66.7%
ETS	27.7%	60.9%
Contagio del SIDA	64%	81.9%

Furstenberg en 1969 (Cit. en Escutia, 1992), llevó a cabo un estudio con adolescentes embarazadas donde examinó los patrones sexuales, las reacciones hacia el embarazo, las experiencias y las actitudes hacia el control natal; en tal estudio encontró diferentes niveles de asertividad entre las adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas, siendo las primeras menos asertivas.

En cuanto a características de la personalidad del adolescente y su conducta sexual, Pick de Weiss y colaboradores (1989) abordaron los temas de obediencia, asertividad y planeación al futuro (Pick & Givaudan 1994).

Aldana y colaboradores (1988), realizaron un estudio con dos grupos de adolescentes que iniciaban el tercer trimestre de su embarazo, participaron en sesiones grupales con temas elegidos por ellas mismas; así cada experiencia era comentada y considerada como un recurso para llevar a cabo la integración del tema (Escutia, 1992).

Hablaremos ahora de programas y servicios a adolescentes y jóvenes, en el área de la salud sexual y reproductiva.

Es importante que en los programas de educación sexual y reproductiva se consideren varios aspectos tales como la igualdad de acceso y de trato tanto a hombres como a mujeres, sin importar su condición física y socioeconómica, haciendo énfasis en la privacidad y confidencialidad de cada persona, otorgando información completa (beneficios y efectos) para satisfacer una atención integral de alta calidad (Lozano, 1997).

“Jóvenes en acción” es un espacio formado en septiembre de 1991, integrado por instituciones privadas, sociales y grupos y organizaciones no gubernamentales. En dicho espacio se tratan los problemas y actividades de los jóvenes de la Ciudad de México, principalmente los del sector popular. Socialmente puede considerarse como “un movimiento para mejorar la calidad de vida” (Saenz, 1994, p.119), cuyo objetivo fundamental es la salud social y mental de los participantes. Una de sus actividades es el Encuentro Anual de la Juventud de la Ciudad de México, foro en el que se discute, analiza y definen protestas acerca de los problemas a los que los jóvenes se enfrentan cotidianamente (Saenz, 1994).

MEXFAM por su parte, en apoyo a los servicios a adolescentes, ha venido llevando a cabo el proyecto “Gente Joven” en el que además de atender a los adolescentes, capacita a padres, maestros y jóvenes para orientar a adolescentes. Los temas a tratar en el modelo de educación son:

1. Comunicación en la familia respecto a temas sexuales
2. Conocimientos de biología reproductiva
3. Toma de decisiones
4. Enfermedades de transmisión sexual y
5. Concientización de los riesgos que conlleva un embarazo precoz.

Entre otros temas podemos encontrar también, autoestima y perspectiva de género.

El inicio del programa lo encontramos en el año de 1987. El objetivo de Gente Joven, es retrasar la paternidad y la maternidad hasta después de los 20 años. Inicialmente los lugares de aplicación fueron escuelas y fábricas, lo cual no impidió la aplicación en zonas rurales. Con la

colaboración y participación de personas jóvenes interesadas en tales temáticas, se ha logrado que poco a poco se extienda el campo de su trabajo hasta terrenos universitarios (Aguilar, 1994).

Los valores a promover por el programa Gente Joven son: comunicación familiar, autodeterminación, salud sexual y responsabilidad reproductiva, equidad entre los sexos y respeto, reciprocidad y lucha contra la imposición.

En el programa DIA del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, los valores que promueve la unidad de paternidad para jóvenes de 17 a 19 años, denominado "Tú puedes trazar tu propio destino", son: la honestidad, integridad, lealtad, rectitud, autoestima y amor. Además de analizar los sentimientos y consecuencias del paternaje y maternaje (Rodríguez, 1994).

Una de las instituciones que ha procurado el apoyo a adolescentes desde el año de 1978, es el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) cuyo objetivo es "brindar a los adolescentes educación sexual y reproductiva dentro de un contexto de servicios de salud integral, y a la vez, promover y desarrollar proyectos de investigación en este mismo campo" (Escutia, 1992, p.7).

Es una institución de carácter no lucrativo, a nivel preventivo y comunitario, multidisciplinario, con el formato de trabajo de joven a joven.

Orienta a jóvenes de ambos sexos entre los 10 y 24 años, así como a padres de familia y a profesionales de la educación y la salud; tanto en zonas urbanas como rurales, en las áreas de servicios, capacitación, investigación, evaluación y difusión (Velasco, 1994a).

CORA ha desarrollado estrategias para tratar el embarazo adolescente, en el año de 1993 tales estrategias fueron organizadas en 2 niveles:

1. Modelos de prevención primaria

Satélites móviles SOS-juvenil

Plataformas de Salud de Referencia de Jóvenes

2. Modelos de prevención secundaria

Programa Educativo para Madres Adolescentes (PREA)

Círculos y Clubes de Madres Adolescentes (CMA) (Velasco, 1994a, p.44).

Los submodelos pretenden trabajar de manera conjunta y no aislada para “crear un ambiente para los jóvenes que les proporcione apoyo constante, con pasos escalonados hacia la autonomía, aumentando la autoestima y promoviendo estilos de vida sanos, además de una vigilancia continua de su desarrollo reproductivo” (Velasco, 1994a, p.47).

Los submodelos fueron diseñados para llevarse a cabo en infraestructuras existentes, como por ejemplo en hospitales.

Submodelo	Institución
Satélites móviles SOS-juvenil	Organizaciones juveniles
Plataformas de salud de referencia a jóvenes	Centros de salud
Programa Educativo para Madres Adolescentes, PREA	Hospitales
Círculos y Clubes de Madres Adolescentes, CMA	Centros comunitarios

(Velasco, 1994a).

Los satélites móviles parten de la idea de acercarse a los jóvenes mediante 2 aspectos básicos: 1. Situarse en aquellos lugares donde los adolescentes suelen acudir, en stands llamativos con información acerca de servicios de salud en la comunidad, la salud sexual y reproductiva y los distintos medios de recreación (culturales, deportivos, etc); todos los temas orientados por supuesto a los adolescentes. 2. Dichos stands son atendidos por jóvenes para brindar un ambiente de confianza a los adolescentes que acuden a ellos (Ibid).

En el SOS, también se proporcionan anticonceptivos a jóvenes en riesgo de embarazos no deseados, ETS y SIDA (además de canalizar) (Ibid).

Las plataformas de salud de referencia de jóvenes por su parte, se ubican en centros de salud o similares y tienen como funciones ofrecer servicios médicos y de planificación familiar, ofrecer información de salud sexual y reproductiva, detectar jóvenes con conductas de alto riesgo para canalizarlos a instituciones propicias y ofrecer servicios informativos a escuelas.

Por las funciones desempeñadas en las plataformas, el personal es multidisciplinario y deben tener como única característica básica la sensibilidad a las necesidades de los jóvenes (Velasco, 1994a).

Durante 1988 da inició el modelo de prevención secundaria del embarazo adolescente por CORA; el submodelo PREA que se lleva a cabo en hospitales y se dirige a menores de 18 años, ya sea atención pre o post parto; el objetivo es evitar embarazos posteriores no deseados. Así a través de sus diferentes actividades busca favorecer el desarrollo biopsicosociocultural de la adolescente en los aspectos de madre, pareja y mujer (SNDIF, 1993).

De 1992 a 1994, se conformaron las siguientes fases de prevención secundaria del embarazo adolescente:

- a) PREA- Prenatal y Natal, donde se les brinda a las adolescentes atención médica y apoyo emocional para promover su independencia; también se les da a conocer a través de pláticas, información sobre su mismo embarazo, el embarazo en general y el desarrollo del bebé incluyendo momentos posteriores al parto.
- b) PREA- Postnatal. Primero que nada se ofrece metodología anticonceptiva y en caso de ser necesario atención psicológica en caso de aborto, violación o muerte del producto. La fase PREA- postnatal a su vez consta de 2 componentes:

1. - Capacitación a las madres adolescentes.
2. - Atención y educación. Trabajada en 4 sesiones en las que se abordan los temas de autoestima, toma de decisiones, clarificación de valores establecimiento de metas, comunicación, seguridad, salud sexual y reproductiva (fecundación, embarazo, parto, puerperio, planificación familiar), anticoncepción, ETS/SIDA, cuidados del niño (ablactación, inmunización, lactancia) y desarrollo del bebé sano (prevención de accidentes, higiene bucal); cada una en sesiones de 2 horas durante 2 semanas.

Los aspectos que PREA busca promover en las adolescentes con las que trabaja son:

***Rol materno, éste se favorece apoyando la relación de la madre adolescente con su bebé, dándole a ésta orientación acerca de los cuidados que requiere el bebé.**

***Rol como mujer, la adolescente es apoyada y orientada en los temas de sexualidad, anticoncepción, toma de decisiones, autoestima y plan de vida.**

***Rol con la pareja y la familia, el objetivo es la comunicación.**

Los PREA se encuentran constantemente evaluándose a sí mismos, para poder lograr su objetivo final en cuanto a la contribución de fortalecimiento en la adolescente en las áreas de los temas expuestos anteriormente; sin olvidar por supuesto las expectativas laborales y educativas de la adolescente (ibid).

El elemento de trabajo en PREA es la comunicación en el grupo integrado; todos los participantes juegan un papel activo, de tal manera que la comunicación no sólo sea del educador al adolescente.

Así, los objetivos de PREA son que la adolescente se asuma como madre, como adolescente en sí y como parte de una familia (Velasco, 1994a).

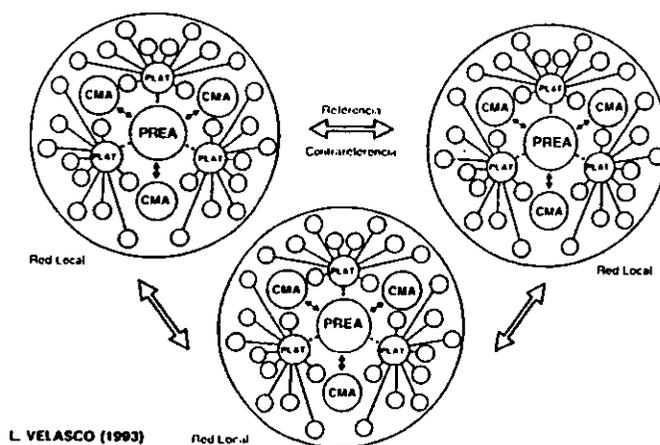
Finalmente mencionaremos el submodelo Círculos de Madres Adolescentes, que forma parte del modelo de atención secundaria. Sus inicios se encuentran en el año de 1992, a éste asisten madres menores de 18 años (Ramírez, 1994).

Su objetivo es “Promover el desarrollo integral de las madres adolescentes, su hijo(s), su pareja y su familia a través de acciones de reintegración social que mejoren su calidad de vida, aprovechando la estructura existente en los centros de desarrollo comunitario” (SNDIF, 1993, p.6).

Los CMA brindan apoyo a las madres adolescentes por medio de educación e información acerca de servicios de salud integral, salud sexual y reproductiva; además buscan capacitar a la madre para desenvolverse en el ámbito laboral (Velasco, 1994a). Otras actividades que ofrecen son las recreativas, culturales y deportivas. Además de proporcionarles servicios jurídicos, guardería, lavandería, planificación familiar, etc (Ibid).

Uno de los conceptos derivados de la organización de las estrategias que trabaja CORA, es la Red Interinstitucional de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente (RIASA), que se define como un conjunto de redes, las cuales a su vez se forman por un conjunto de modelos (ibid).

Red Institucional de Apoyo a la Salud Reproductiva del Adolescente, que equivale al Conjunto de Redes (Velasco, 1994c, p 110).



Es importante resaltar, que para llevar a cabo cada una de las estrategias CORA realizó investigaciones diagnósticas en diferentes comunidades, para así tener estrategias acordes a las necesidades reales de los adolescentes (ibid).

Algunas de las áreas de trabajo a las que CORA ha enfocado sus estrategias son hospitales, en el año de 1988 llevó a cabo investigaciones que contribuyeron al trabajo realizado con adolescentes embarazadas en el Hospital de la Mujer, los datos obtenidos fueron:

- a) El 72% experimenta sentimiento de rechazo por la sociedad y familia
- b) 51% autovaloración negativa
- c) 35% pesimismo en términos de su vida

- d) El 90% de las atendidas nunca habían utilizado un método anticonceptivo; por las razones de: desconocimiento de uso, desconfianza, deseo de embarazarse y negación de la posibilidad del embarazo
- e) Por otra parte el 50% asistió a control prenatal desde el primer trimestre, 30% desde el segundo y 20% hasta el tercero (Velasco, 1994c).

Desde el año de 1990 el Hospital General de México de la Secretaría de Salud con asesoría de CORA, ha atendido a adolescentes embarazadas en su clínica de atención para tal población, tanto en consulta externa a nivel prenatal como en el servicio de ginecobstetricia después del embarazo.

La población atendida hasta el año de 1994 correspondía a un 15 o 20% de la población total atendida en tal institución; cifras correspondientes a un número de entre 1,200 y 1,600 adolescentes, de las cuales el 52% tenían entre 17 y 18 años, 30% entre 15 y 16, mientras el 18% restante eran menores de 15 años.

De dicha población el 41% eran casadas y el 49% solteras o vivían en unión libre. Con respecto a la educación se consideró que un 30% eran analfabetas y el 13% contaba con educación media o superior, con tales hechos se calculó que el 80% de las madres adolescentes se encontraban dedicadas a labores del hogar y solo un 8% estudiaba, de éstas últimas en muchos casos terminaron por abandonar sus estudios por su embarazo.

Por otra parte el promedio de edad de inicio de vida sexual fue de entre 14 y 17 años (87%), pero sólo entre un 6% y 15% de éstas utilizaron algún método de control natal (Contreras y cols, 1994).

En 1994, en la "Reunión Latinoamericana sobre salud integral del adolescente"; se habló acerca del Programa Educativo para Madres Adolescentes llevado a cabo en el Hospital General de Ticoman con apoyo de CORA. El trabajo realizado consideró 3 fases: las 2 primeras se realizan dentro de hospitales, en las cuales se proporciona información de salud sexual y reproductiva, cuidado del recién nacido, toma de decisiones y plan de vida; una tercera fase se llevó a cabo integrando a las adolescentes a talleres de capacitación, actividades deportivas, culturales, bolsa de trabajo, atención médica, guarderías de bebés, etc (Ramírez, 1994).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social se llevó a cabo una investigación acerca del perfil de salud reproductiva de los adolescentes en México. Se estimó para 1990 una cifra de 20.1 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de ambos sexos, esto de acuerdo al censo de población y vivienda; en esta investigación se destacó que las mujeres entre 15 y 19 años eran en total 4.9 millones lo que representaba un 23.5% de la población femenina fértil (15 a 49 años).

En los últimos años las cifras de embarazos anuales dentro del grupo de mujeres menores de 20 años son de aproximadamente 430 mil (Monroy, 1994).

Conforme a todo lo anterior podemos puntualizar que la promoción de y el acceso a los servicios de salud, no sólo ofrece a la población adolescente (especialmente a las madres y embarazadas), la posibilidad de cuidados, sino también la educación para el autocuidado (CONAPO, 1996).

Durante la etapa prenatal la atención que se genere a este respecto debe abordarse desde dos perspectivas: 1) la necesidad de realizar un diagnóstico temprano para una atención prenatal y oportuna y 2) la actitud del médico hacia el embarazo de la adolescente. Uno de los principales riesgos del embarazo durante la adolescencia es la atención prenatal nula o tardía, la cual es

asociada con la aceptación del embarazo, la patología pre y gestacional y con la actitud del compañero hacia el embarazo. Otro factor determinante que incrementa las posibilidades de una atención prenatal adecuada es la aceptación por parte de la pareja, ya que esto coadyuva a que la adolescente asista al control prenatal (Atkin, Givaudan y Vargas, 1989, Cit. en Pick & Givaudan 1994).

Parte del autocuidado, radica ahora en la información y utilización de métodos anticonceptivos; cabe recordar que se debe considerar también lo referente a enfermedades de transmisión sexual (ETS); éstas en ocasiones tienen consecuencias para la salud irreversibles; pueden causar problemas tales como: la esterilidad, infecciones en el neonato (por ejemplo, ceguera o neumonía), dolor abdominal crónico en las mujeres, susceptibilidad a otras infecciones y hasta la muerte.

En el caso de las mujeres, las ETS muchas veces se presentan asintomáticas y esto dificulta su detección y tratamiento oportuno. Al momento del parto, los aspectos de salud a cuidar son las condiciones higiénicas y la atención con personal adiestrado (CONAPO, 1996).

Durante las semanas posteriores al parto (período puerperal) la vigilancia y la atención médica, permite identificar oportunamente posibles complicaciones. Dicha vigilancia no solamente permite observar el crecimiento y nutrición del niño, sino también en el aspecto familiar, ver por la planificación familiar; por supuesto contribuyendo con todos los beneficios que esto implica. No obstante de la importancia de la vigilancia durante el período puerperal, en México, la proporción de mujeres que acudían a ella entre los años 1993 y 1995, fue de 1 de cada 3, lo que nos revela la práctica poco frecuente (Pick & Givaudan 1994). Por tal motivo, se debe seguir impulsando a los adolescentes a introducirse a todos aquellos ámbitos que le proporcionen alternativas para mejorar su calidad de vida, en un sentido integral.

Para concluir el presente capítulo quisiéramos puntualizar 3 ideas:

1. - La voz de profesionistas en apoyo al desarrollo sano de los jóvenes es muy favorable e importante, pero el de otros jóvenes puede ser también muy positivo e integral (Gutiérrez, 1994).
2. - La familia es la base de la sociedad, a partir del desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes se da el desarrollo de una sociedad (Ibid).
3. - La solución a los problemas no está en decirles a las personas lo que tienen que hacer, sino también en escuchar qué es lo que quieren (Lozano, 1997).

CAPÍTULO VI

MÉTODO

6.1 Planteamiento del problema

6.2 Pregunta de investigación

6.3 Hipótesis

6.4 Variables

6.5 Definición conceptual de variables

6.6 Definición operacional de variables

6.7 Sujetos

6.8 Tipo de muestreo

6.9 Tipo de estudio

6.10 Diseño

6.11 Instrumentos

6.12 Procedimiento

MÉTODO

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer el autoconcepto en un grupo de adolescentes embarazadas o madres adolescentes en el Distrito Federal, a través de la aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y de la información complementaria obtenida a partir del cuestionario elaborado por las autoras de la presente investigación: sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia.

6.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1. ¿El embarazo adolescente influye en el autoconcepto de las adolescentes?

6.3 HIPÓTESIS

1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El embarazo o maternidad influyen en el autoconcepto de las adolescentes

2. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA

Hi.- Si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos

Ho.- No existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos

6.4 VARIABLES

Variables Independientes

Adolescentes embarazadas

Adolescentes madres.

Adolescentes sin embarazo actual o hijos

Variable Dependiente.

Autoconcepto.

6.5 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Variables Independientes

Adolescencia.- Período que abarca alrededor de los 12 a los 19 años de edad el cual comprende de grandes y variados cambios físicos y emocionales, que llevan implícitas el enfrentamiento a cuestiones y decisiones que posiblemente afecten el resto de su desarrollo personal (Carrillo, 1990).

Embarazo o preñez.- Fecundación de un óvulo que constituye el inicio de la vida de un nuevo ser humano (Moore, 1975).

Madre.- Mujer que ha engendrado (Diccionario práctico de la lengua española, 1988).

Adolescente embarazada o madre adolescente.- Individuo del sexo femenino de alrededor de los 12 a los 19 años que se encuentra en estado de preñez, o que ha dado a luz un hijo.

Variable Dependiente

Autoconcepto.- Son todas aquellas creencias e ideas que se tienen de sí mismo, las cuales se manifiestan en la conducta del individuo (Suárez, 1997)

6.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable Independiente

Adolescentes embarazadas o madres adolescentes.- Mujeres con un rango de edad entre los 12 y 19 años, que radican en el Distrito Federal y que acudían a la Clínica 7 del IMSS y al Hospital General de México a solicitar servicios de salud sexual y reproductiva.

Variable Dependiente

Autoconcepto.- De acuerdo a los parámetros estadísticos establecidos en la Escala de Autoconcepto de Tennessee las participantes se clasificaron en personas con puntajes altos o bajos con respecto a su autoconcepto.

6.7 SUJETOS

Grupo Experimental: grupo de 40 adolescentes embarazadas o madres cuyas edades fluctuaron alrededor de los 12 y 19 años de edad del Distrito Federal, que acudían a la Clínica 7 del IMSS y al Hospital General de México a solicitar servicios de salud sexual y reproductiva.

Grupo Control: grupo de 40 mujeres adolescentes sin la condición embarazo o maternidad, cuyas edades fluctuaron alrededor de los 12 y 19 años de edad, que se encontraban cursando educación media y media superior en el Distrito Federal.

6.8 TIPO DE MUESTREO

Se empleo un muestreo de tipo no probabilístico intencional debido a que se establecieron ciertos criterios o características para el trabajo con la población, es decir, que se buscó la condición experimental.

6.9 TIPO DE ESTUDIO

Fue una investigación de tipo comparativa. Transversal ya que a la muestra estudiada se le evaluó en una sola ocasión. Prospectivo, por que se evaluó la condición actual de la muestra.

6.10 DISEÑO

El diseño fue de tipo cuasiexperimental, no se controlaron variables. Exposfacto las variables tanto embarazo o maternidad como autoconcepto, eran características presentes en la muestra. De campo, se evaluaron a las adolescentes en diversos escenarios.

<p style="text-align: center;">GURPO CONTROL</p>	<p>Aplicación de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y del cuestionario sobre Valores,</p>
<p style="text-align: center;">GRUPO EXPERIMENTAL</p>	<p>Conocimientos y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia.</p>

6.11 INSTRUMENTOS

1. *Escala de Autoconcepto de Tennessee*

Esta escala define al Autoconcepto como: “ la forma en como el sujeto se percibe a sí mismo en relación con los demás”. Está establecida con base en la teoría fenomenológica, y consta de 100 reactivos o afirmaciones autodescriptivas en las cuales la persona describe la imagen que tiene sobre sí misma.

Puede administrarse a personas desde los 12 años, que sepan leer y escribir, así como aplicarse de manera colectiva, individual o autoadministrarse. El tiempo promedio de ejecución es de 10 a 20 minutos.

La escala se encuentra disponible en dos formas, una para orientación y otra forma Clínica y de Investigación. En el presente estudio se empleo la forma para orientación, pues sólo se pretende conocer el nivel de autoconcepto sin abordar las patologías.

La Escala consta de los siguientes apartados:

- a) Autocrítica. Comunica tres mensajes primarios: lo que soy, como me siento conmigo y lo que hago.
- b) Hilera 1. - Identidad. Lo que soy en base a como me veo
- c) Hilera 2. - Autosatisfacción. Como me siento con lo que percibo que soy, me acepto o no me acepto.
- d) Hilera 3. - Conducta. La percepción de mis actos
- e) Columna A.- Yo físico. Lo que la persona siente acerca de su apariencia, salud, habilidades y sexualidad.
- f) Columna B.- Yo ético-moral. Su percepción acerca de lo bueno y lo malo en base a sus creencias.

- g) Columna C.- Yo personal. Aceptación hacia si mismo, independientemente de su fisico y de los otros
- h) Columna D.- Yo familiar. Como me siento con respecto a mi familia o allegados y la forma en como me valoran ellos
- i) Columna E.- Yo social. Sentido de pertenencia en relación a los otros

2 Cuestionario: Valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia.

El cuestionario fue elaborado por las autoras de la presente investigación en el año de 1998, con la finalidad de conocer más acerca de las actitudes y conocimientos que tienen las adolescentes hacia el embarazo precoz, la maternidad y la salud sexual y reproductiva

Por los intereses de la presente investigación el instrumento se encuentra redactado para mujeres.

Es importante destacar que las respuestas del cuestionario no se valoran como buenas o malas.

Los temas abordados a lo largo del cuestionario son:

1. Información general. Datos personales
2. Estructura familiar. Dinámica e interacción dentro de su grupo social más cercano
3. Comunicación acerca de sexualidad. Explora los valores, creencias, sentimientos y actitudes de la adolescente hacia la sexualidad, tomando en cuenta a los otros significativos (amigos, familia).
4. Conocimientos generales y empleo de anticonceptivos. Se indaga acerca de la información y uso que la adolescente tiene hacia la anticoncepción, así como la importancia que le da a éstos en su vida sexual

5. Actitudes hacia las relaciones sexuales. Ideas y creencias propias de la adolescente y del entorno social con respecto a las relaciones sexuales
6. Comunicación con la pareja. Interacción con la pareja
7. Embarazo y resolución. Sentimientos, creencias, vivencias, apoyo de otros antes, durante y después del embarazo
8. Autoconcepto y Autoestima. Lo que soy y la aceptación de mi misma

6.12 PROCEDIMIENTO

En un primer momento, se trabajó conjuntamente con las autoridades institucionales, para discutir condiciones tales como: los sujetos con los cuales se trabajaría y el tiempo que se emplearía.

Para el trabajo con el grupo experimental, se acudió a los escenarios y dentro de éstos se acordó que se trabajaría con los grupos existentes. Las características de estos grupos fue que estaban conformados por mujeres embarazadas que acudían a pláticas de cuidados pre y postnatales, se seleccionaron exclusivamente a las adolescentes. En el caso de no pertenecer a dichos grupos se les abordó en consulta externa.

Así con estas posibilidades, la aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera grupal o individual en consulta externa. Para ambos casos se les daba una pequeña explicación de la finalidad de la investigación para motivarlas a participar, por ejemplo: se les explicaba que se estaba realizando una investigación, en la cual su participación resultaba de gran importancia, pues podría servirle a otras personas que trabajan para apoyarlas o bien para otras adolescentes que viven una situación similar.

Para el grupo control se acudió a instituciones educativas y se platicó tanto con las autoridades como con las adolescentes, para acordar su participación en la investigación. La aplicación en estas instituciones fue colectiva.

Cabe destacar que dentro de las instituciones médicas, se tuvo la oportunidad de integrar algunas adolescentes que reunían las características del grupo control.

El tiempo de aplicación para el grupo control fue de 4 sesiones de 2 horas cada una y para el grupo experimental fue de 20 sesiones de 2 horas cada una.

Es importante destacar que de las dos horas de aplicación mencionadas en ambos grupos, se empleó una hora veinte minutos aproximadamente para el cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia, en tanto que para la Escala de Autoconcepto de Tennessee se emplearon treinta minutos.

Al final de cada sesión se agradeció la participación tanto de las adolescentes como de las autoridades de las respectivas instituciones.

Así para identificar el nivel de autoconcepto de ambas muestras fue aplicada la Escala de Autoconcepto Tennessee y para determinar los posibles factores que influyen en la determinación de éste, se aplicó el Cuestionario sobre valores, actitudes y conocimientos hacia la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia.

Para analizar de manera más clara y objetiva los datos obtenidos del Tennessee se realizó una comparación de medias a nivel intergrupales. Así mismo, dentro de cada grupo se exploró la

distribución de los datos en cada área. En lo que se refiere al cuestionario, se llevó cabo un análisis de frecuencias del cual se obtuvieron porcentajes, los cuales nos indicaron el cómo se reflejaron y se distribuyeron en cada muestra los valores, conocimientos y actitudes acerca de la salud sexual y reproductiva.

CAPÍTULO VII

RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1 Análisis y discusión de resultados

7.2 Conclusiones y sugerencias

7.1 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS EN LA ESCALA DE TENNESSEE DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y DEL GRUPO CONTROL

Para el análisis de datos de este apartado, tomamos en cuenta que la escala de Tennessee no se desarrollo a partir de una teoría evolutiva, sin embargo se requería de un instrumento que aportará datos cuantitativos para sustentar la presente investigación.

Al comparar los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de autoconcepto Tennessee se pudo encontrar que los puntajes totales obtenidos por cada grupo difieren ligeramente, así mismo al analizar exhaustivamente los resultados por cada aspecto de la escala se observaron pequeñas diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, cabe destacar que los datos recaen en valores por debajo de lo normal, especialmente los puntajes totales y aquellos que resultan de la escala de identidad (lo que soy en base a lo que me veo), yo físico (lo que la persona siente acerca de su apariencia, salud, habilidades y sexualidad) y yo personal (aceptación hacia sí mismo, independientemente de su físico y de los otros)

Ahora bien, es el grupo control el que presentó menor puntuación en todas las áreas a excepción de la conformada por el yo social.

Grupo experimental.

Al indagar el nivel de autoconcepto en las adolescentes embarazadas o madres adolescentes se pudo observar que los resultados recayeron en valores por debajo de lo normal, considerando ello se puede determinar que presentan un nivel de autoconcepto bajo (\bar{x} = 298.27).

Particularmente, para comparar las diversas áreas que conforman la escala se tomó como referencia las medias resultantes de cada una. La primera que analizaremos será la correspondiente a la Autocrítica, la media recae en los parámetros normales ($x=35.57$) correspondiente a aquellas personas que se muestran más abiertas o dispuestas a evaluarse a sí mismas.

Al analizar la forma en como se desenvuelven las adolescentes de este grupo, se consideraron dos aspectos fundamentales de la escala el marco de referencia interno y el marco de referencia externo.

Los marcos de referencia son aquellos que nos hacen sentir o actuar de determinada manera, sin embargo es a través del marco de referencia externo que se establecen roles y actitudes dentro de la sociedad, por lo que no debemos perder de vista que en la adolescencia, éste es más vulnerable a la influencia social.

En el marco de referencia interno arrojó los siguientes datos, en cuanto a identidad los datos se inclinaron hacia una media de 86.6 muy por debajo de parámetros normales, destacando que las adolescentes de este grupo no suelen ser objetivas en cuanto a su percepción real de sí mismas. En relación a su propia aceptación, la mayoría de ellas revela que esta satisfecha consigo misma, pues la media oscila en 107 puntos. La evaluación de la forma en como actúan, indicó que las adolescentes consideran que lo que hacen o la forma en como se desenvuelven es adecuada para ellas ($x=104.82$).

Ahora bien, con base en el marco de referencia externo se puede apreciar que para las adolescentes embarazadas, la influencia que tienen los otros en el moldeamiento de su autoconcepto es importante, por lo que las calificaciones se centraron en parámetros por debajo de lo esperado a excepción del yo social y del yo ético moral.

El yo físico, aspecto en el cual se observó que las adolescentes se sienten inseguras en cuanto a su integridad física y la manera en como ésta seguridad la proyecta a otros ($x=59.55$), debido a los cambios físicos propios de la adolescencia aunados a los cambios corporales del embarazo, cabe destacar que esta última razón puede ser un factor que afecte temporalmente su yo físico. El yo ético moral o los valores y creencias que tiene se reflejan en la aceptación que tiene de éstos, sus puntuaciones se ubican en una media de 63.45 correspondiente a una calificación satisfactoria. El valor que se atribuyen a si mismas como personas radica en puntuaciones bajas ($x=56.67$), tienden a menospreciarse poco más que las control ($x=55.75$). Su yo familiar, cabe señalar que por una mínima diferencia los puntajes de las embarazadas ($x=61$) se ubican por debajo de las adolescentes no embarazadas ($x=61.37$), se advierte que las adolescentes viven en un ambiente familiar con poca integración, a la vez que algunas de ellas se sienten relegadas por su propia familia. Sus actitudes ante la sociedad en sí, deja ver que la mayoría de ellas considera, es aceptada por las otras personas que la rodean aunque en menor medida ($x=57.85$), no obstante es el grupo control que por una ligera diferencia tiene más sólido el sentido de pertenencia y aceptación ($x=59.8$).

Grupo control.

Las adolescentes de este grupo se manifestaron como personas que tienen una autocrítica objetiva.

En lo que se refiere a las ideas acerca de ellas mismas con respecto a su realidad física, moral y social, se pudo observar que estas ideas se orientaron más hacia la desvalorización de sí mismas; ya que se manejaron ideas negativas acerca de lo que creen que son. Concretamente en lo que se refiere a su apariencia física, sus habilidades y su sexualidad, presentaron una visión pobre. Así también, los sentimientos que tienen hacia sí, en general fueron hacia el que no son del

todo buenas; cabe señalar que esta idea podría partir del hecho de sentirse insatisfechas con el marco moral de su entorno.

Comenzando por su círculo social inmediato y su familia, las adolescentes no se perciben como unas personas allegadas y valiosas para la misma; pero sin embargo, se perciben como alguien con valor en las interacciones sociales con otras personas en general.

Ahora bien, independientemente de cómo se vea ella físicamente y de cómo se percibe en las relaciones con los otros, sus sentimientos de adecuación y la evaluación de su personalidad y su valer, fueron bajos. Sin embargo, se encontró que en general las adolescentes se sienten cómodas con dichas ideas.

Podemos decir entonces que las adolescentes de este grupo se caracterizaron por dudar de su propio valer y por presentar algunos indicadores de variaciones en sus sentimientos y estados de ánimo.

Notamos que en ambos grupos el sentimiento de valía personal y de pertenencia a un grupo fue desfavorable, pero recordemos que la adolescencia es una etapa en la que la persona está en un proceso de adaptación tanto interna como social.

Es así que al considerar la definición de identidad se involucra la elección vocacional y laboral, concretamente en el grupo experimental dicho aspecto determinó en gran medida el nivel de autoconcepto de las adolescentes puesto que éstas percibían cambios en su calidad de vida, ya que sus oportunidades académicas y de trabajo se ven limitadas y como consecuencia no realizan plenamente su proyecto de vida.

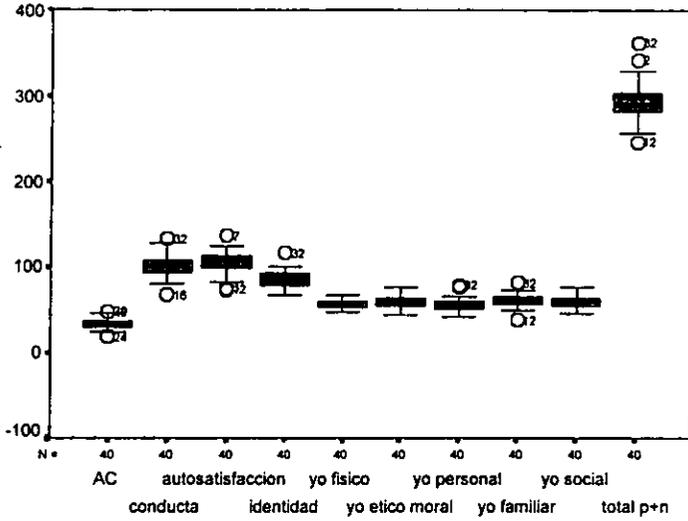
TABLAS Y GRÁFICAS TENNESSEE

TABLA #1 "Comparación intergrupala de medias"

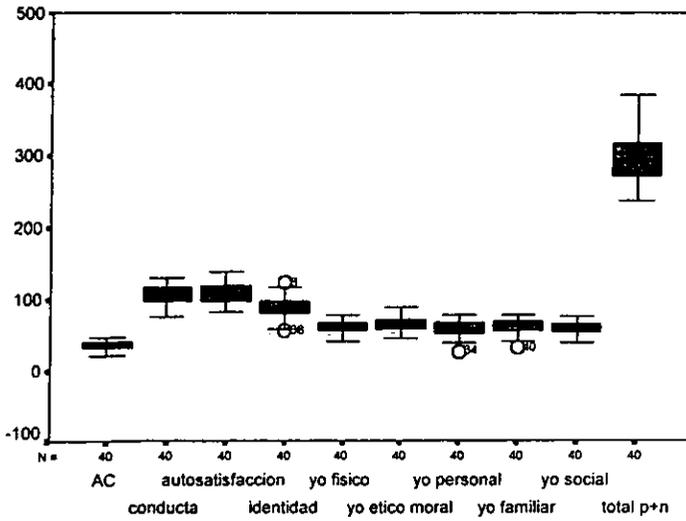
		Media	T	Grd. Libertad	Hi	Ho
Edad	control	15.2				
	experimental	17.4 *				
Autocrítica	control	33.70				
	experimental	35.5750				
Identidad	control	85.8	-.294	78	rechazo	acepto
	experimental	86.6	-.294	67.765	rechazo	acepto
Autosatisfacción	control	105.85	-.371	78	rechazo	acepto
	experimental	107	-.371	75.714	rechazo	acepto
Conducta	control	101.675	-1.017	78	rechazo	acepto
	experimental	104.825	-1.017	77.972	rechazo	acepto
Yo físico	control	56.6	-2.002	78	rechazo	acepto
	experimental	59.55	-2.002	65.323	rechazo	acepto
Yo ético moral	control	59.95	-1.851	78	rechazo	acepto
	experimental	63.45	-1.851	74.441	rechazo	acepto
Yo personal	control	55.75	-.428	78	rechazo	acepto
	experimental	56.675	-.428	71.895	rechazo	acepto
Yo familiar	control	61.375	.181	78	rechazo	acepto
	experimental	61	.181	71.073	rechazo	acepto
Yo social	control	59.8	1.085	78	rechazo	acepto
	experimental	57.85	1.085	73.226	rechazo	acepto
Total p + n	control	293.575	-.744	78	rechazo	acepto
	Experimental	298.275	-.744	68.852	rechazo	acepto

* Cabe destacar que al tratarse del grupo de adolescentes embarazadas o madres adolescentes, le edad promedio de inicio de la vida sexual activa es menor a la edad promedio que se presentó en la tabla, es decir, se asemeja al promedio de edad en el grupo control.

GRÁFICA #1 "Distribución de Tennessee en grupo control"



GRÁFICA #2 "Distribución de Tennessee experimental"



A continuación se exponen los hallazgos obtenidos del Cuestionario de valores, conocimientos y actitudes acerca de la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia.

I. INFORMACIÓN GENERAL (VER TABLA 1)

Para el grupo control, las principales características socioculturales encontradas en el grupo fueron las siguientes: 40 adolescentes entre los 12 y 19 años de edad. El total del grupo acude a un centro educativo. En general, el nivel de escolaridad se ubicó en el nivel medio básico, la mayoría se encuentra estudiando la secundaria, más de una tercera parte el bachillerato en tanto que menos de una cuarta parte cuenta con estudios comerciales. Más de la mitad asegura que su desempeño escolar es regular, poco más de una tercera parte afirma tener buenas calificaciones y dos adolescentes tienen notas deficientes. El irse de pinta no es una actividad frecuente, son pocas las que lo hacen. La educación es percibida como un elemento fundamental en su futuro, esto se manifiesta en la seguridad con la que aseguran que podrán estudiar todo lo que se han propuesto, sin embargo una cuarta parte no lo considera de tal manera. Independientemente de ello, más de tres cuartas partes tiene como meta principal estudiar la universidad, seguida de la preparatoria o vocacional. La consolidación de esta meta académica, es de gran importancia para cuatro quintas partes de los padres de las adolescentes, sólo una adolescente consideró lo contrario. Más de la mitad de las adolescentes, expresaron que sus padres las exhortan a hacer lo mejor que puedan en la escuela, otra cuarta parte señaló que sus padres les piden que sean la mejor.

Las principales características socioculturales encontradas en el grupo experimental fueron las siguientes: eran 40 adolescentes entre los 12 y 19 años de edad, la mayoría de éstas

estaban embarazadas y algunas de ellas ya eran madres en el momento de la investigación. Mas de una tercera parte del grupo acude a un centro educativo, el resto asegura que tuvo que dejar la escuela por diversas razones, entre ellas señalaron: cuestiones propias de su embarazo, el cuidado de su hijo, razones laborales o económicas y en menor proporción por considerar que la escuela no es necesaria en el ambiente en que se desarrollan, no se sienten capaces para ello, por razones de salud propia o de algún familiar, o bien por casarse. En general, el nivel de escolaridad tendió al nivel medio básico, mas de una tercera parte señaló la secundaria, poco más de una cuarta parte el bachillerato en tanto que menos de una quinta parte sólo estudio la primaria y una mínima proporción cuenta con estudios comerciales. Cabe señalar que un porcentaje menor se abstuvo de responder. Más de tres cuartas partes mencionaron que su aprovechamiento es regular, menos de la quinta parte afirma tener buenas calificaciones y dos adolescentes tienen notas deficientes. Casi la mitad nunca se va de pinta y son pocas las que lo hacen. La educación es percibida por las adolescentes como un elemento fundamental en su futuro, sin embargo poco más de la mitad del grupo siente que no podrá estudiar hasta donde se lo ha propuesto; para casi una tercera parte de ellas, su meta primordial es estudiar la universidad, seguida de la vocacional y la preparatoria; para cuatro de ellas su vida estudiantil culminaría con estudios de secundaria, debido a que tienen que invertir más tiempo para trabajar o cuidar a su hijo.

Tales resultados contrastan con las investigaciones realizadas en el Hospital de la Mujer en el año de 1989, en donde se encontró que entre adolescentes embarazadas menores de 18 años, el 4% de éstas nunca había asistido a la escuela, el 54% sólo había cursado primaria, el 37% la secundaria incompleta y el 5% la preparatoria o bachillerato. Sin embargo, aunque contrasta el hecho de que la escolaridad y aspiraciones escolares en el grupo experimental de la presente investigación; son mayores a lo reportado en el año de 1989, destacó el hecho de que las

adolescentes de esta muestra consideraron en general que su desempeño académico era regular o malo.

El apoyo familiar por parte de los padres es vital, ya que tres cuartas partes expresaron que son ellos quienes las estimulan a superarse académicamente, pero también una octava parte, mencionó que a sus padres no les interesa que se superen. Así mismo, sus padres están conscientes de las capacidades y limitaciones de sus hijas, por tal motivo, sólo les exigen que hagan lo mejor que puedan.

Conforme a todo lo anterior puede considerarse que la educación es un aspecto importante para los padres como para los hijos; en la presente investigación se encontró que la educación como parte del plan de vida de las adolescentes es trascendental, sin embargo muchas habían abandonado la escuela antes del embarazo y otras se vieron obligadas a abandonarla durante éste. Tal afirmación es corroborada por autores como Mondragón, Monroy y Morales, 1987; UN, 1989; Susheela, 1990; Escutia, 1992; Pick & Givaudan 1994 y Teran, 1994.

TABLA 1: INFORMACION GENERAL

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTÓ
¿Asistes a la escuela? * Si	Control	100%	
	Experimental	37.5%	
* No	Control	0%	
	Experimental	62.5%	
Razones por las que no asisten a la Escuela : * Embarazo	Control		
	Experimental	25%	
* Por cuidar a mi hijo	Control		
	Experimental	15%	
* Por trabajar	Control		
	Experimental	12.5%	
Tus calificaciones son: * Buenas	Control	35%	
	Experimental	17.5%	
* Regulares	Control	60%	
	Experimental	77.5%	
* Malas	Control	5%	
	Experimental	5%	
En el último mes que tanto te has ido de pinta:	Control		
	Experimental	7.5%	
* Muchas veces	Control		
	Experimental	12.5%	
* Algunas veces	Control		
	Experimental	20%	
* Pocas veces	Control		
	Experimental	47.5%	
* Nunca	Control		
	Experimental		12.5%

¿Qué grado estás cursando?	Control	37.5%	
* Preparatoria o bachillerato	Experimental	27.5%	
* Secundaria	Control	42.5%	
	Experimental	37.5%	
* Escuela comercial	Control	20%	
	Experimental	5%	
* Primaria	Control	0%	
	Experimental	15%	
	Control		0%
	Experimental		15%
¿Qué tan importante es tener una buena educación?	Control	92.5%	
* Muy importante	Experimental	87.5%	
* Algo importante	Control	7.5%	
	Experimental	7.5%	
* Nada importante	Control	0%	
	Experimental	5%	
¿Cuál es tu meta escolar?	Control	0%	
* Terminar la secundaria	Experimental	10%	
* Escuela vocacional o técnica	Control	5%	
	Experimental	15%	
* Preparatoria	Control	12.5%	
	Experimental	10%	
* Estudiar la preparatoria y universidad	Control	77.5%	
	Experimental	32.5%	
* Otra	Control	5%	
	Experimental	10%	
	Control		
	Experimental		22.5%
Importancia de seguir estudiando después de la secundaria para tu familia	Control	80%	

* Muy importante	Experimental	75%	
* Algo importante	Control	17.5%	
	Experimental	5%	
*Nada importante.	Control	0%	
	Experimental	0%	
* No les interesa.	Control	2.5%	
	Experimental	12.5%	
	Control		0%
	Experimental		7.5%
En la escuela, tus padres quieren que seas:	Control	25%	
* El mejor de la clase	Experimental	37.5%	
* Igual que los demás	Control	15%	
	Experimental	5%	
* Hacer lo mejor que puedas	Control	52.5%	
	Experimental	45%	
* No les interesa	Control	0%	
	Experimental	5%	
	Control		7.5%
	Experimental		7.5%

II. ESTRUCTURA FAMILIAR. (VER TABLA 2)

En el grupo control, la familia de una adolescente no embarazada está integrada principalmente por la familia nuclear, un porcentaje importante (87.5%) vive con su papá y mamá. Más de tres cuartas partes mencionaron que viven con sus hermanos, seguido por otros parientes y una sola chica vive con su pareja. El número de integrantes con quienes vive es reducido, una cantidad cercana a la tercera parte del grupo aseguró que su familia esta conformada por 4 personas, en general el número de personas varia de 2 a 12 personas. La posición que ocupan las adolescentes no embarazadas en relación con sus hermanos, se inclinó a que más de una tercera parte es primogénita, seguido por ocupar la segunda y tercera posición, la cuarta, la quinta y sólo un caso ocupó la sexta posición.

Con respecto a sus padres casi el total del grupo aseveró que están vivos, sin embargo sólo una chica sufrió la muerte de su madre a los 6 años. El estado civil de sus padres, se inclina al de casados viviendo juntos, seguido de aquellos que sólo están casados y un porcentaje menor están separados. Tres adolescentes mencionaron que es su padre quien opta por casarse nuevamente, aunque sólo dos aceptan que tienen madrastra; otras dos afirman que tienen padrastro. Por tal motivo, la mayoría de las veces la presencia de un adulto en el hogar de la adolescente es segura.

Los patrones de vida que llevan a cabo las jóvenes del grupo control se centran fundamentalmente en su rol de adolescente, las actividades que destacan son hacer tareas, convivir con sus padres y hermanos, ver televisión, ver a sus amigos y hacer quehaceres domésticos en menor proporción.

La relación que mantienen los padres con sus hijas se puede observar a través las actividades que prefieren hacer juntos: para casi la mitad del grupo sobresalen las actividades recreativas, ir a reuniones familiares y trabajar en casa. En lo referente al control por parte de sus padres casi tres cuartas partes de ellas aseguran que éste es más rígido para determinar sus salidas, menos de la mitad para cumplir con su rol de estudiante, hacer fiestas y una décima parte para ver a su novio. Mas de la mitad manifestó que tales reglas algunas veces pueden propiciar una discusión.

Si bien es cierto, el control de los padres se ve reflejado en aspectos escolares y sociales; la adolescente también, tiene la prioridad para elegir su atuendo, más de tres cuartas partes; sus amistades y ver televisión; es así que aspectos más personales dependen de ellas mismas. Sin embargo aspectos como la hora de llegar a casa y permisos depende mas de los padres; particularmente es el padre quien toma esta decisión, no obstante una minoría esta regida por alguien más (novio). Aún cuando los padres les exigen cumplir con sus actividades, más de una tercera parte también expresó que tienden a consentirlas frecuentemente, sólo un mínimo porcentaje mencionó que no son consentidas.

En el caso que se generen discusiones entre la adolescente y sus padres, poco más de la mitad de las adolescentes coincidió en que estas suelen darse algunas veces en su vida diaria, sólo dos chicas mantienen una relación conflictiva con sus progenitoras. Con respecto a la relación paterna, la mitad manifestó discutir algunas veces con su papá y un mínimo porcentaje expresó una franca conflictiva con su padre.

Poco más de la mitad de las adolescentes pasan la mayor parte del tiempo con sus madres y poco menos de la mitad con su padre. La mitad de ellas manifestó que desea convivir más con su padre y más de una cuarta parte de ellas con su madre.

Las muestras de afecto por parte de sus padres, provienen en mayor proporción de la madre, un mínimo porcentaje recibe menos de lo que espera y sólo una rechaza abiertamente este cariño. Mientras que tres cuartas partes esta satisfecha con el amor paternal que recibe, un porcentaje menor declaró que es insuficiente y una adolescente no desea su cariño.

La convivencia que mantienen las mamás con sus hijas adolescentes, parece indicar que la mitad del grupo algunas veces disfruta de la convivencia con su madre, otro porcentaje similar asegura que siempre lo disfruta y sólo una de ellas dijo que nunca lo hace. La convivencia entre padre e hija, la mayoría se inclinó a manifestar que algunas veces disfruta dicha convivencia, seguido de aquéllas que siempre la disfrutan y una quinta parte rara vez.

La comprensión que se observa con sus padres se ve mas favorecida entre madre e hija aproximadamente la mitad aseguró que siempre se da ésta; en tanto que con su padre, con una mínima diferencia dos quintas partes mencionaron que ésta se da constantemente.

Las personas que tienen mayor influencia en la forma de comportarse y de pensar, aunque en proporciones inferiores a la mitad, son papá y mamá, seguido de un hermano, una amiga de la misma edad; 3 adolescentes aseguran que nadie influye en ellas y un porcentaje menor refirió que su novio u otro pariente o su madrastra y la mínima influencia provenía de un amigo de la misma edad.

Por otro lado, si por alguna razón se sienten tristes o preocupadas, su madre es la primera persona a quien acuden, dos quintas partes recurren a sus amigos, menos de una quinta parte a su novio, hermanos, papá, otro pariente y otro adulto; se observa que una proporción menor a la quinta parte de ellas asegura que no habla con nadie.

Dormir fuera de casa no es una conducta habitual, para mas de la mitad de ellas; sin embargo, un veinte por ciento suele ausentarse de 1 a 11 días.

En lo referente al grupo experimental la familia de la adolescente embarazada se caracteriza principalmente por estar integrada por hermanos y padres; más de la mitad de las adolescentes embarazadas aseguran vivir con sus hermanos, tres cuartas partes viven con papá y otros parientes, cerca de una tercera parte vive con su madre, poco más de una cuarta parte con su pareja y una décima parte viven con sus hijos.

Los patrones de vida que llevan a cabo las mujeres del grupo experimental dependen en gran medida de su condición de embarazo o maternidad, así sus principales actividades son hacer quehaceres domésticos, ver televisión, convivir con sus padres y un porcentaje menor destaca el cuidado de su hijo. Particularmente, la convivencia con sus padres nos sugiere la dependencia continua de las adolescentes hacia ellos tanto social como económica, ya que frecuentemente no tiene la capacidad ni los recursos necesarios para cuidar por sí misma a su hijo o bien frecuentemente el padre del bebé evade su responsabilidad y es por ello que busca el apoyo de sus progenitores.

Una quinta parte de las adolescentes embarazadas vive con 5 personas; en general, el número de personas quienes viven con las adolescentes oscila de 1 a 19 personas.

En la mayoría de los hogares con hijas adolescentes embarazadas hay la presencia de un adulto. Tres cuartas partes del grupo, señalaron que sus padres están vivos; una octava parte expresó que su padre había fallecido, dos chicas mencionaron la muerte de su madre y sólo un caso expresó que ambos están finados. La pérdida de alguno de sus padres la vivieron entre los 1 y 12 años. En consecuencia, una décima parte tiene padrastro y un porcentaje mínimo tiene madrastra.

El estado civil de los padres es el de casados, más de una cuarta parte de las adolescentes aseguró que sus padres están casados y otra proporción igual señaló que están casados viviendo

juntos; menos de una octava parte están separados y una décima parte vive en unión libre. Es importante mencionar que es el padre quien frecuentemente opta por casarse o unirse a otra persona nuevamente. Recordemos que en la situación embarazo adolescente, el apoyo de los padres es fundamental para que la joven cuente con mayores oportunidades para adaptarse al rol de madre. Sin embargo las relaciones afectivas paternas son escasas, pues más de la mitad de las adolescentes embarazadas no mantienen una relación cercana con sus padres, no obstante poco menos de una tercera parte mencionó que prefieren realizar actividades recreativas con ellos y menos de una cuarta parte asegura realiza quehaceres domésticos con ellos.

El control por parte de sus padres es más rígido en cuestiones sociales; la mayoría de ellas aseguró que les imponen reglas para salir, hacer fiestas, más de una cuarta parte tiene reglas para cumplir con su rol de estudiante y en menor proporción para ver a su novio. Cabe destacar que una cuarta parte declaró que no existen reglas en casa. El establecimiento de tales reglas algunas veces puede ser la causa de una discusión, pues más de un tercera parte lo refirió así. Por ejemplo, en cuestión de reglas, la mayoría de las adolescentes del grupo sostienen que nunca duermen fuera de su casa. Particularmente una décima parte de ellas se ausenta de su casa de 2 a 7 días.

La libertad que ejercen para elegir su atuendo se observa en un porcentaje mayor a la mitad, la mitad de ellas decide el tiempo que puede ver televisión y poco menos de la mitad de las adolescentes determina con quien de sus amistades puede salir; es así que aspectos más personales dependen más de ellas mismas. Sin embargo, aspectos como la hora de llegar a casa y permisos depende mas de los padres; especialmente, es la madre quien poco mas de la mitad de las veces decide tales conductas. Cabe aclarar que una minoría de la población, esta regida por alguien más, dígase novio o esposo.

La mayoría expresó que sus padres tienden a consentirlas sólo algunas veces, seguido de aquéllas que siempre las consienten y en menor porcentaje las que nunca son consentidas. Un poco menos de la mitad de las adolescentes embarazadas mencionan que las discusiones que se generan con sus madres sólo se dan algunas veces en su vida diaria y sólo dos de ellas mantienen una relación conflictiva con sus progenitoras. Con respecto a la relación paterna, más de una tercera parte acepta que difícilmente discute con él, en tanto que una octava parte manifestó una franca conflictiva con su padre. En lo que se refiere a la cantidad de tiempo que destinan sus padres para convivir con sus hijas, más de la mitad de las adolescentes manifiestan el deseo de estar más tiempo con su padre y poco menos de la mitad de ellas aseguró que desea pasar mayor tiempo con su madre. La afectividad como parte fundamental en el desarrollo del adolescente, especialmente la recibida por los padres trasciende en la autovaloración de la adolescente. La mayoría indicó que sus madres les brindan el cariño suficiente, una quinta parte señaló que recibe menos de lo que desea, una chica declaró que no desea el amor maternal en tanto que otra menciona que nunca recibe cariño por parte de su mamá.

En lo que respecta a la relación padre e hija, un poco más de la mitad reciben el cariño suficiente de su padre, una octava parte rechaza cualquier acercamiento afectivo con él, una décima parte percibe menos de lo que desea y una mínima proporción dice que nunca lo ha recibido.

Con respecto a la convivencia entre madre e hija, se observó que más de una tercera parte expresó que algunas veces disfruta de la convivencia de su madre, poco más de una cuarta parte siempre lo hace y una cuarta parte rara vez. En cuanto a la convivencia entre padre e hija, hay diferencias con su madre, las respuestas más frecuentes se obtuvieron de aquellas adolescentes que algunas veces disfrutan de la convivencia con su padre, más de una cuarta parte aseguró que

rara vez, una proporción menor nunca lo hace y sólo una décima parte disfruta siempre de esta convivencia.

La comprensión que tienen los padres con sus hijos, es un elemento vital para el adolescente debido a que es el vehículo de la empatía y la comunicación. La omisión en este aspecto propiciará que la adolescente busque resolver sus problemas sin el apoyo de sus padres, así se pudo observar que más de la mitad asegura que ambos padres las comprenden algunas veces como hijas; sin embargo sus madres son quienes frecuentemente las entienden más que los padres.

Las personas que tienen mayor influencia en su forma de comportarse y de pensar son fundamentalmente los padres. Dos quintas partes refirieron la influencia de la madre y el padre. Una cuarta parte del grupo destaca la presencia de su esposo; seguido de una proporción mínima proveniente de un hermano, su novio, un pariente o un orientador; una hermana, un compañero de trabajo y por último una amiga de la misma edad son quienes tuvieron menor influencia. Pudimos conocer entonces, de acuerdo a lo expuesto por Oñate en 1989, quiénes eran los otros significativos que reforzaban positiva o negativamente el autoconcepto de las adolescentes.

Cuando las adolescentes embarazadas se sienten mal anímicamente, la mitad de ellas recurre a su madre aún cuando no viva con ella, casi una cuarta parte afirma que es su esposo la segunda persona en la que buscan apoyo; menos de una cuarta parte recurre a un amigo; sólo más de una décima parte a un hermano y en menor proporción recurren a su novio, otro adulto y a su papá en igual proporción. Cabe señalar que únicamente una adolescente prefiere no hablar con nadie. Algunos estudios realizados han demostrado que los seres humanos son más felices y pueden desarrollarse mejor cuando saben que cerca de ellos hay una o más personas de su confianza a quién ir cuando se presenta alguna dificultad. La necesidad de una figura a quien

apegarse o con quien encariñarse es lo que ayuda al sujeto a tener una base personal segura, tal como lo refiere Bowlby, 1989.

Si bien puede notarse que las adolescentes del estudio en general no presentaban un sentimiento de pertenencia hacia su familia, pudo notarse el hecho que éste lo buscaron fundamentalmente con sus iguales, siendo en algunos casos perjudiciales al tomar conductas de riesgo tales como el inicio de una vida sexual reproductiva sin medidas preventivas y por otro lado la presencia de un sentimiento de inadecuación en la adolescente tanto con su grupo de pares como en su grupo familiar.

Así pues, las adolescentes en general del estudio presentaron variantes en la dinámica familiar, especialmente con los padres. No obstante saben que para las situaciones difíciles, su apoyo será incondicional aún cuando no sea el acertado. Ya que muchas veces se convierten en los protectores de sus vidas, y no en sus formadores.

TABLA 2: ESTRUCTURA FAMILIAR

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
¿Qué haces cuando sales de la escuela o trabajo?	Control	0%	
* Hago quehaceres	Experimental	45%	
* Hago tareas	Control	55%	
	Experimental	0%	
* Veo T.V.	Control	50%	
	Experimental	32.5%	
* Convivo con mis padres	Control	55%	
	Experimental	25%	
Cuando estás en casa generalmente ¿está un adulto ahí?	Control	85%	
* Si	Experimental		
Viven tus padres	Control	97.5%	
* Si	Experimental	75%	
¿Cuál de ellos murió?	Control	2.5%	
* Mamá	Experimental	5%	
* Papá	Control	0%	
	Experimental	12.5%	
* Ambos	Control	0%	
	Experimental	2.5%	
¿Cuál es el estado civil de tus padres?	Control	85%	
* Casados y viven juntos	Experimental	55%	
* Casados y viven separados	Control	0%	
	Experimental	2.5%	
* Separados	Control	7.5%	
	Experimental	12.5%	
* Casados con otras personas	Control	2.5%	

	Experimental	0%	
* Divorciados	Control	0%	
	Experimental	5%	
* Nunca se casaron y viven juntos	Control	5%	
	Experimental	17.5%	
¿Cuál de tus padres se ha vuelto a casar?	Control	7.5%	
* Papá	Experimental	17.5%	
* Mamá	Control	0%	
	Experimental	2.5%	
* Ambos	Control	2.5%	
	Experimental	2.5%	
Durante el mes pasado ¿qué cosas hicieron juntos tu y tus padres?	Control	42%	
* Hicimos deporte	Experimental	0%	
* Asistimos a reuniones familiares	Control	37.5%	
	Experimental	0%	
* Trabajamos en casa	Control	32.5%	
	Experimental	22.5%	
En tu casa existen reglas para:	Control	70%	
* Salir	Experimental	40%	
* Hacer tareas	Control	40%	
	Experimental	27.5%	
* Organizar y hacer fiestas con tus amigos	Control	32.5%	
	Experimental	40%	
¿Qué tanto discuten tu y padres acerca de estas reglas?	Control	5%	
* Siempre	Experimental	10%	
* Algunas veces	Control	47.5%	
	Experimental	35%	
* Nunca	Control	42.5%	
	Experimental	30%	

	Control		5%
	Experimental		25%
¿Quién? usualmente toma las decisiones acerca de:	Control	77.5%	
Comprar tu ropa: * Tu	Experimental	60%	
Con quién de tus amigos salir: * Tu	Control	65%	
	Experimental	47.5%	
Cuanto tiempo puedes ver T.V.: * Tu	Control	57.5%	
	Experimental	52.5%	
Que tan tarde puedes llegar: * Mamá	Control	57.5%	
	Experimental	52.5%	
* Permisos: * Mamá	Control	60%	
	Experimental	55%	
¿Discutes con tu madre?	Control	5%	
* Siempre	Experimental	7.5%	
* Algunas veces	Control	52.5%	
	Experimental	45%	
* Nunca	Control	40%	
	Experimental	35%	
	Control		2.5%
	Experimental		12.5%
¿Discutes con tu padre?	Control	5%	
* Siempre	Experimental	12.5%	
* Algunas veces	Control	50%	
	Experimental	27.5%	
* Nunca	Control	42.5%	
	Experimental	37.5%	
	Control		2.5%
	Experimental		22.5%
¿Cuánto afecto recibes de tu madre?	Control	85%	
* Todo el que quiero	Experimental	67.5%	

* Menos de lo que quiero	Control	7.5%	
	Experimental	20%	
* No quiero el afecto de ella	Control	2.5%	
	Experimental	2.5%	
	Control		5%
	Experimental		10%
¿Cuánto afecto recibes de tu padre?	Control	75%	
* Todo el que quiero	Experimental	55%	
* Menos de lo que quiero	Control	17.5%	
	Experimental	10%	
* No quiero el afecto de él	Control	2.5%	
	Experimental	12.5%	
	Control		5%
	Experimental		22.5%
Tu mamá ¿te entiende?	Control	47.5%	
* Siempre	Experimental	30%	
* Algunas veces	Control	35%	
	Experimental	42.5%	
* Rara vez	Control	12.5%	
	Experimental	15%	
* Nunca	Control	0%	
	Experimental	5%	
	Control		5%
	Experimental		7.5%
Tu papá ¿te entiende?	Control	40%	
* Siempre	Experimental	20%	
* Algunas veces	Control	35%	
	Experimental	40%	
* Rara vez	Control	22.5%	
	Experimental	20%	

	Control		2.5%
	Experimental		20%
¿Quiénes influyen en tu manera de ser y de comportarte?	Control	27.5%	
* Mamá	Experimental	40%	
* Papá	Control	32.5%	
	Experimental	32.5%	
* Esposo	Control	0%	
	Experimental	25%	
Cuando estás preocupada o triste ¿quién habla contigo?	Control	22.5%	
* Mamá, quien está en casa	Experimental	50%	
* Amigos	Control	20%	
	Experimental	17.5%	
* Esposo	Control	0%	
	Experimental	22.5%	
* Nadie	Control	15%	
	Experimental	2.5%	

III. COMUNICACIÓN ACERCA DE LA SEXUALIDAD. (VER TABLA 3)

En el grupo control la sexualidad muchas veces es tratado como un tema prohibido y que sólo debe abordarse en ocasiones especiales por ello la mayoría de las adolescentes, especialmente más de la mitad se inclinó a mencionar que sólo algunas veces tiene la certeza de expresar lo que pasa realmente con su sexualidad, menos de una cuarta parte manifiesta que puede hablar de ello abiertamente y poco menos de una quinta parte prefiere no hacerlo.

La comunicación sexual entre padres e hijas es vital para prevenir que muchas adolescentes inicien su vida sexual sin precauciones y especialmente para fortalecer el valor y el respeto que tienen como personas. Un aspecto que los padres consideran importante cuando sus hijas se convierten en adolescentes es conocer la gente que frecuentan y delimitarles las reglas para salir, esto se puede observar cuando más de la mitad de ellas aseguran que sus padres les imponen reglas para con quién salir y cuánto tiempo salir, más de una cuarta parte declaró que sus padres son inconstantes con tales reglas y la no existencia de reglas se ve reflejada en una cuarta parte del grupo. Centrándonos en la apertura que tienen los padres para orientar e informar a sus hijas adolescentes en aspectos de salud sexual y reproductiva, se encontró que más de la mitad de ellas algunas veces habla con sus padres, una cuarta parte señaló que no es su caso, mas de una décima parte nunca y sólo una adolescente siempre mantiene una comunicación abierta.

Las adolescentes refieren que antes de cumplir 18 años hablaron de salud sexual y reproductiva con sus padres haciendo énfasis en la menstruación, más de cuatro quintas partes lo refirió así; más de la mitad mencionó el embarazo, dos quintas partes a las ETS, una quinta parte habló de métodos de control natal, sin embargo una mínima parte dijo no haber hablado con sus padres. Es la madre quien más de la mitad de las veces desempeña el papel primordial en esta

difícil tarea, una octava parte expresó que ambos padres pero por separado y con los dos juntos sólo una adolescente hablo con su padre.

Esto nos lleva a pensar que aún dentro de la familia nuclear se tienen tabúes y reservas acerca del tema, limitándose a aquellos aspectos que son inevitables, tales como la menstruación, pero que sin embargo poco a poco los padres están más dispuestos al cambio, siendo así, que más de la mitad de ellas manifestó que tiene la seguridad para comentar sus dudas acerca de las relaciones sexuales; poco más de la cuarta parte las expresa algunas veces y una décima parte de ellas no tienen la seguridad de hacerlo.

Un aspecto importante en la comunicación de estos temas es la oportunidad que sus padres les brindan para expresar y escuchar su punto de vista, la mitad de ellas pudo confirmar que frecuentemente son escuchadas, poco menos de una tercera parte asegura que algunas veces y una octava parte nunca.

Los padres diariamente se enfrentan a una serie de cuestionamientos que sus hijas adolescentes les hacen, sin embargo la mayoría de los padres sólo algunas veces mantiene una conversación con ellas acerca de la actividad sexual adolescente, los besos y caricias, las razones por las cuales no deben tener relaciones sexuales durante la adolescencia, los cambios que han experimentado en sus vidas a partir de su adolescencia, lo que piensan sus amigos acerca de las relaciones sexuales, de la anticoncepción, de las enfermedades de transmisión sexual y cuál conducta sexual es la correcta y cual no. En tanto que, aunque en menor porcentaje, los temas que siempre hablan se refieren a las razones por las cuales no deben tener relaciones en la adolescencia, las conductas sexuales correctas e incorrectas y el cambio de vida como adolescente. Mientras que el tema que frecuentemente omiten en sus pláticas es el punto de vista de sus amigos acerca de las relaciones sexuales.

Otras personas que son significativas para las adolescentes son sus amigos, ya que frecuentemente con ellos pueden intercambiar y discutir puntos de vista entorno a la sexualidad, un tema que frecuentemente llevan a consenso es la aprobación de las relaciones sexuales prematrimoniales, la mitad de ellos esta de acuerdo con éstas y una proporción similar está en desacuerdo. En tanto que casi tres cuartas partes aseguraron que algunos de sus amigos creen que se debe esperar hasta el matrimonio, más de una quinta parte de ellas confirmó que todos sus amigos están a favor de esperar y una minoría no coincide con esta idea. Las pláticas entorno al sexo con sus amigos se hacen más con amigas, pues la comunicación que mantienen con respecto al sexo radica en una proporción mayor a la mitad, una cuarta parte de ellas asegura que no es su caso, menos de una quinta parte nunca y sólo un porcentaje inferior siempre hablan de ello con amigas. En tanto que con sus amigos varones, un porcentaje menor a la mitad pueden platicar en algunas ocasiones de dicho tema, mas de una cuarta parte refiere que no es su caso, una cuarta parte asegura que nunca y sólo un mínimo porcentaje siempre lo hace. Sobre anticoncepción, poco menos de una tercera parte expresó que a veces habla con sus amigos de ello y una proporción igual considera que no es su caso, un porcentaje mayor a la cuarta parte nunca hablan de anticonceptivos, una décima parte expresó que siempre.

En cuanto a la comunicación con la pareja con respecto a la sexualidad poco menos de la mitad señaló que no es su caso, una quinta parte si mantienen una comunicación sexual, una décima parte sólo algunas veces y una mínima proporción mencionan que nunca.

La planeación de las relaciones sexuales, no es algo común en ellas debido a que la mitad declaró que no es su caso, una octava parte nunca las planean, una décima parte algunas veces y sólo una manifestó que siempre lo hace. De tal manera, cuando sus parejas las presionan para tener relaciones, mas de la mitad de ellas expresó que no es su caso, más de una décima parte es

capaz de negarse, seguido de las que se niegan algunas veces y una proporción mínima no lo puede hacer.

La insistencia hacia el uso de métodos anticonceptivos en una relación sexual, no es usual ya que más de la mitad señaló que no es su caso, una décima parte manifiesta siempre esta necesidad a su pareja, otro porcentaje igual algunas veces insiste y sólo una de ellas no lo hace. La comunicación acerca de los métodos anticonceptivos no ocurre pues más de la mitad aseguran que no es su caso, una octava parte algunas veces, un porcentaje igual nunca y una décima parte señaló que siempre lo hace.

Las principales fuentes de información acerca de las ETS que tienen las adolescentes no embarazadas son: orientadores y maestros, más de la mitad los mencionaron; menos de dos quintas partes refieren a sus amigas y hermanos, una cuarta parte destacó el papel de doctores y enfermeras, menos de una quinta parte mencionó a sus amigos; en porcentajes mínimos señalaron un servicio de planificación familiar y a otra persona. Una mínima proporción afirmó no haber recibido tal información.

Para el grupo experimental, uno de los factores que facilitan la comunicación acerca de la sexualidad entre padres e hijas es la apertura que puedan tener los primeros hacia las inquietudes de las segundas con afecto y comprensión. La mitad mencionó que sólo algunas veces puede hablar de lo que les acontece sexualmente, poco más de una cuarta parte aseguró que siempre habla de ello y una décima parte no tiene la confianza para hacerlo.

Los padres como principales formadores de sus hijos de alguna manera tienen que propiciar charlas que les ayuden a comprender el desarrollo integral de sus hijas. Poco menos de la mitad mencionaron que algunas veces hablan con sus padres acerca de la sexualidad, una

cuarta parte nunca habla de ello, menos de una cuarta parte siempre habla con sus padres y un porcentaje menor indicó que no es su caso.

Las amistades que tienen las adolescentes y el tiempo que pueden salir, son conductas que tienden a ser sometidas a una regla de la que los padres están constantemente pendientes, sin embargo casi la mitad del grupo reportó la no existencia de tales reglas; éstas solo se ven reflejadas en poco menos de la tercera parte de sus respuestas y más de una octava parte declara que sus padres son inconstantes en tales reglas.

La temática de la salud sexual y reproductiva, es objeto de pláticas entre padres e hijas embarazadas. Más de la mitad de ellas pueden hablar con sus padres acerca de las relaciones sexuales, poco más de una cuarta parte no tienen la seguridad para preguntar y una décima parte sólo algunas se atreven. Una consecuencia de la falta de educación sexual es ejercer una vida sexual antes de los 20 años en ausencia de la suficiente madurez física y psicológica (Loffredo, 1994). La prevención de un embarazo precoz está determinada por el equilibrio entre la autoridad y confianza de los padres hacia sus hijos (Pick & Givaudan, 1994). Subrayaremos que en la muestra de esta investigación, antes de los 18 años las adolescentes habían hablado con sus padres de los siguientes temas de salud sexual y reproductiva: mas de la mitad de ellas sobre menstruación, poco más de la mitad del embarazo, un porcentaje mayor a la cuarta parte de ETS, una quinta parte de control natal y una cuarta parte expresó que nunca habló de tales temas. Las personas que las orientaron sexualmente fueron: en primer lugar más de la mitad declaró que su madre, seguido por papá y mamá, y sólo un mínimo porcentaje con papá y un porcentaje cercano a la cuarta parte no habló con nadie. Sobre la oportunidad de ser escuchadas, aparecen que la mitad de ellas señalan que algunas veces lo son, más de una cuarta parte del grupo siempre es escuchada y una octava parte nunca.

Los padres de adolescentes son quienes a través de una comunicación clara y objetiva podrán manejar una conversación constante con su hija, sin embargo ésta puede estar impedida por problemas intergeneracionales en los que los padres mantienen una actitud cerrada y prefieren hablar poco de temas de salud sexual y reproductiva; o tal vez las adolescentes nunca tengan la oportunidad como lo demuestra este grupo, pues sus padres evitan siempre hacer referencia a temas como cuál conducta sexual es correcta e incorrecta, las relaciones sexuales en la adolescencia, acerca de cómo su vida ha cambiado desde que es adolescente, la anticoncepción, qué piensan sus amigos acerca de las relaciones sexuales en esta etapa de la vida, las razones para no tener relaciones, ETS y otras expresiones de sexualidad como besos y caricias. De todos estos temas que algunas veces comentan son: tener relaciones sexuales en la adolescencia y lo que piensan sus amigos respecto a las relaciones. En tanto que del tema que constantemente hablan son las ETS.

Los amigos, quizá la influencia más importante durante la adolescencia juega un papel trascendental en el comportamiento de la adolescente. En el círculo amigos de las adolescentes embarazadas, un poco más de la mitad consideran que las relaciones sexuales se deben dar hasta el matrimonio, un poco más de la cuarta parte aseguró que ninguno de sus amigos lo cree así y más de una décima parte señaló que todos sus amigos están en contra de las relaciones sexuales prematrimoniales. La aprobación de las relaciones sexuales se visualiza en más de la mitad de los amigos de la adolescente y más de una tercera parte no las aprueba. Conforme a lo anterior podemos establecer que en el grupo experimental la actividad sexual tiene mayor aceptación. Sin embargo, aunque en el grupo control la mitad de sus amigos las aprueba, el resto rechaza tal conducta.

Específicamente, las pláticas en relación al sexo entre adolescentes embarazadas y sus amigos varones son poco comunes, pues sólo una décima parte de ellas siempre entabla charlas

de este tipo, un poco menos de la mitad las tiene en algunas ocasiones, poco más de una tercera parte nunca hablan de ello y una décima parte declara que no es su caso. En lo que se refiere a la comunicación que mantienen las adolescentes con sus amigas respecto al sexo, más de la mitad de las veces hablan en algunas ocasiones con sus amigas de este tema, poco más de una quinta parte nunca lo hablan, en tanto que menos de una quinta parte siempre hablan de tal tema y para dos de ellas no es su caso.

Las adolescentes embarazadas son las que con mayor frecuencia, siempre hablan con sus amigas y amigos acerca del sexo, pero son estas mismas quienes prefieren omitir el tema.

La anticoncepción como tema central entre las adolescentes y sus amigos es poco frecuente, ya que sólo una décima parte expuso que siempre hablan con sus amigos acerca de éste, menos de la mitad expresan que a veces lo hacen, más de una tercera parte nunca hablan de anticonceptivos y una octava parte no consideran que sea su caso.

Cuando la adolescente comienza a establecer relaciones con sus coetáneos o dentro de su grupo social, la presencia de una persona que marca la vida y el comportamiento de la adolescente es su pareja (esposo o novio); así cuando acontecen sus primeros encuentros sexuales, dos puntos importantes que fortalecen su relación son la comunicación y confianza que establecen entre ellos para decirse lo que les gusta o disgusta sexualmente, mas de la mitad de las adolescentes aseguran que siempre lo hacen, seguido de casi una cuarta parte de aquellas que algunas veces lo hacen, una cantidad inferior aseguró que esto no es posible y el resto expresó que no es su caso.

En cuanto a las relaciones sexuales como un acto de planeación, casi la mitad de las adolescentes y sus respectivas parejas planean la actividad sexual; una cuarta parte de las parejas vacila en esta decisión, más de una octava parte nunca lo considera así y una octava parte señaló que no es su caso. La asertividad, un aspecto vital en las relaciones sexuales adolescentes, se

percató en más de una tercera parte de las adolescentes del grupo, ya que aseguran tomar la decisión correcta ante la presión de sus parejas para tener relaciones sexuales cuando ellas no las desean, una cuarta parte manifestó que sólo se niega algunas veces, mas de una décima parte de ellas nunca se niega y el resto asegura que no es su caso. La insistencia del uso de métodos anticonceptivos con la pareja es poco común, ya que casi una tercera parte las jóvenes expresó que no es su caso, una cuarta parte nunca insiste, una quinta parte insiste algunas veces y menos de una quinta parte de ellas se asegura de usar algún método. Uno de los mitos que dificulta el empleo de los métodos anticonceptivos entre las adolescentes es como señaló Palma en 1997, el hecho de que éstas sienten vergüenza de decirle a su pareja la conveniencia de usar algún método anticonceptivo, pues temen que ésta crea que ha tenido otras experiencias sexuales anteriormente.

La comunicación acerca de los métodos anticonceptivos entre las adolescentes y sus parejas, ocurre en más de una tercera parte de aquéllas que refirieron que sólo algunas veces la tienen, una cuarta parte nunca habla de ello; menos de una quinta parte aseguró hablar con su pareja de anticoncepción siempre y otro porcentaje similar expresó que no es su caso.

Las principales fuentes de información acerca de sexo, ETS y anticoncepción que tienen las adolescentes embarazadas son las siguientes, dados por orden de importancia: doctores y enfermeras, orientadores y maestros, amigas, otra persona, hermanos, amigos y menos de una décima parte señaló que no ha recibido información. Para Mondragón, en 1987, las opciones para la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, podía agruparse en dos áreas básicas y su aplicación dependía de las circunstancias sociales, económicas, políticas y culturales de cada país; estas áreas son: educación y prestación de servicios.

Así pues, como señaló Lutz (1997), la educación sexual debe ser establecida como un derecho fundamental de los adolescentes, y de acuerdo a lo especificado por Morris en 1994, la

educación acerca de la sexualidad en este sentido debería generarse en un código común y entendible entre los propios adolescentes, pero sobre todo, entendiéndola como un acto de prestación social y cultural.

Afortunadamente en la actualidad existen programas de salud sexual enfocadas no únicamente a la prevención, sino también dedicadas a la atención de problemáticas específicas. En el caso del embarazo o maternidad durante la adolescencia estos servicios se han orientado al cuidado de la adolescente y al de su hijo; así como a la promoción del autocuidado y por lo tanto a la autoaceptación.

Cabe destacar que en México el derecho a la educación sexual se ha institucionalizado y por lo tanto se ha comenzado a desarrollar una gran labor en el sistema educativo desde la educación básica.

TABLA 3: COMUNICACIÓN ACERCA DE LA SEXUALIDAD

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
Siento que puedo preguntar a mis padres acerca del sexo:	Control	55%	
* Si	Experimental	57.5%	
* A veces	Control	27.5%	
	Experimental	10%	
* No	Control	10%	
	Experimental	27.5%	
	Control		7.5%
	Experimental		5%
Mis amigos creen que se debe esperar al matrimonio para tener rel. sex.	Control	22.5%	
* Todos	Experimental	15%	
* Algunos	Control	70%	
	Experimental	55%	
* Ninguno	Control	7.5%	
	Experimental	27.5%	
	Control		0%
	Experimental		2.5%
En el círculo de mis amigos se aprueba tener rel. sex. antes del Matrimonio * Si	Control	50%	
	Experimental	60%	
* No	Control	47.5%	
	Experimental	32.5%	
	Control		2.5
	Experimental		7.5%
Puedo hablar con mi pareja acerca de lo que me gusta o disgusta Sexualmente * Siempre	Control	20%	
	Experimental	52.5%	
* A veces	Control	10%	

	Experimental	22.5%	
* Nunca	Control	7.5%	
	Experimental	7.5%	
* No es mi caso	Control	45%	
	Experimental	12.5%	
	Control		17.5%
	Experimental		5%
Si mi pareja me presiona para tener rel. sex. yo puedo negarme	Control	12.5%	
* Siempre	Experimental	35%	
* A veces	Control	7.5%	
	Experimental	25%	
* Nunca	Control	5%	
	Experimental	15%	
* No es mi caso	Control	55%	
	Experimental	17.5%	
	Control		20%
	Experimental		7.5%
Cuando tienes relaciones sexuales. cuánto insistes en utilizar algún método anticonceptivo, si lo deseas:	Control		
* Siempre	Experimental	15%	
* A veces	Control		
	Experimental	20%	
* Nunca	Control		
	Experimental	25%	
* No es mi caso	Control		
	Experimental	32.5%	
	Control		
	Experimental		7.5%
Hablo con mis padres acerca de la sexualidad:	Control	2.5%	
* Siempre	Experimental	17.5%	

* A veces	Control	57.5%	
	Experimental	42.5%	
* Nunca	Control	12.5%	
	Experimental	25%	
* No es mi caso	Control	25%	
	Experimental	7.5%	
	Control		2.5%
	Experimental		7.5%
Hablo con mis amigas acerca de la sexualidad:	Control	5%	
* Siempre	Experimental	17.5%	
* A veces	Control	55%	
	Experimental	52.5%	
* Nunca	Control	15%	
	Experimental	22.5%	
* No es mi caso	Control	25%	
	Experimental	5%	
	Control		0%
	Experimental		2.5%
Hablo con mis amigas acerca de la sexualidad:	Control	5%	
* Siempre	Experimental	10%	
* A veces	Control	42.5%	
	Experimental	42.5%	
* Nunca	Control	25%	
	Experimental	35%	
* No es mi caso	Control	27.5%	
	Experimental	10%	
	Control		0%
	Experimental		2.5%
Mi pareja y yo hablamos acerca de tener o no rel. sex.	Control	12.5%	
* Nunca	Experimental	15%	

* Algunas veces	Control	10%	
	Experimental	25%	
* Siempre	Control	12.5%	
	Experimental	42.5%	
* No es mi caso	Control	50%	
	Experimental	12.5%	
	Control		15%
	Experimental		5%
Hablo con mi pareja acerca de la anticoncepción:	Control	10%	
* Siempre	Experimental	15%	
* Algunas veces	Control	12.5%	
	Experimental	37.5%	
* Nunca	Control	12.5%	
	Experimental	25%	
* No es mi caso	Control	55%	
	Experimental	17.5%	
	Control		10%
	Experimental		5%
¿Qué tanto? hablas con tus padres acerca de:	Control	15%	
* Tener rel. sex. en la adolescencia: * Siempre	Experimental	10%	
	Control	50%	
	Experimental	35%	
	Control	22.5%	
	Experimental	45%	
	Control	10%	
	Experimental	7.5%	
	Control		2.5%
	Experimental		2.5%
* Anticoncepción: * Siempre	Control	15%	
	Experimental	12.5%	

	* A veces	Control	37.5%	
		Experimental	30%	
	* Nunca	Control	20%	
		Experimental	37.5%	
	* No es mi caso	Control	15%	
		Experimental	10%	
		Control		12.5%
		Experimental		10%
	* Razones para no tener rel. sex. en la adolescencia:	Control	30%	
	* Siempre	Experimental	20%	
	* A veces	Control	42.5%	
		Experimental	22.5%	
	* Nunca	Control	10%	
		Experimental	35%	
	* No es mi caso	Control	12.5%	
		Experimental	12.5%	
		Control		5%
		Experimental		10%
	* Como mi vida ha cambiado con ellos desde que soy un	Control	22.5%	
Adolescente:	* Siempre	Experimental	12.5%	
	* A veces	Control	37.5%	
		Experimental	25%	
	* Nunca	Control	15%	
		Experimental	40%	
	* No es mi caso	Control	12.5%	
		Experimental	15%	
		Control		12.5%
		Experimental		7.5%
	* Enfermedades de transmisión sexual:	Control	32.5%	
	* Siempre	Experimental	27.5%	

* A veces	Control	20%	
	Experimental	25%	
* Nunca	Control	17.5%	
	Experimental	32.5%	
* No es mi caso	Control	22.5%	
	Experimental	7.5%	
	Control		7.5%
	Experimental		7.5%
*Cuál conducta sexual es correcta y cuál no:	Control	27.5%	
* Siempre	Experimental	12.5%	
* A veces	Control	30%	
	Experimental	17.5%	
* Nunca	Control	22.5%	
	Experimental	52.5%	
* No es mi caso	Control	17.5%	
	Experimental	7.5%	
	Control		2.5%
	Experimental		10%
Quién te ha hablado últimamente acerca de: sexo, ETS o	Control	55%	
Anticoncepción: * Orientadores y maestros	Experimental	30%	
* Amigas	Control	35%	
	Experimental	20%	
* Hermanas o hermanos	Control	32.5%	
	Experimental		
* Doctores o enfermeras	Control		
	Experimental	37.5%	
* Servicios de planificación familiar	Control		
	Experimental	20%	
Piensas que puedes hablar acerca de lo que realmente pasa con tu sexualidad:	Control	22.5%	

* Siempre	Experimental	22.5%	
* A veces	Control	55%	
	Experimental	60%	
* Nunca	Control	17.5%	
	Experimental	17.5%	
	Control		5%
	Experimental		0%
¿Qué tan frecuentemente tu mamá y tu papá escuchan tu punto de Vista?	Control	50%	
* Siempre	Experimental	27.5%	
* A veces	Control	32.5%	
	Experimental	50%	
* Nunca	Control	12.5%	
	Experimental	12.5%	
	Control		5%
	Experimental		10%
¿Qué temas hablaste con tus padres antes de cumplir 18 años?	Control	85%	
* Menstruación	Experimental	65%	
* Como ocurre el embarazo	Control	67.5%	
	Experimental	52.5%	
* Enfermedades venéreas	Control	40%	
	Experimental	30%	
¿Con quién hablaste acerca de los temas anteriores?	Control	65%	
* Sólo con mi madre	Experimental	52.5%	
* Con mis padres juntos, pero muy pocas veces	Control	12.5%	
	Experimental	10%	
* Con otros	Control	2.5%	
	Experimental	7.5%	
* Con ninguno	Control	10%	
	Experimental	22.5%	

IV. CONOCIMIENTOS GENERALES Y EMPLEO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. (VER TABLA 4)

En el grupo control la salud sexual y reproductiva es un tema que para casi el total del grupo ha sido adquirido en alguna clase formal. Las instituciones educativas son aquellas en las cuales la adolescente recibe tal información, principalmente tres cuartas partes la obtiene en la secundaria, un poco menos de la mitad en la primaria, más de una tercera parte en la preparatoria y menos de una quinta parte en la iglesia.

Aquellas chicas que no han tenido alguna clase de sexualidad están dispuestas a recibirla y sólo a dos no les interesa.

Referente a los métodos de planificación familiar las adolescentes no embarazadas afirman que el condón es el método del que más conocen su uso, seguido por la píldora, poco más de la mitad lo señalan; en tercer lugar ubican al DIU y a la vasectomía con un promedio igual, cercano a las dos quintas partes; en cuarto lugar se ubican el diafragma y la salpingoclasia; seguido por espermaticidas; una cuarta parte menciona a los óvulos, una quinta parte al ritmo; menos de una quinta parte la ducha y finalmente una décima parte la abstinencia. Ahora bien, los métodos que consideran previenen las ETS son en primer lugar, el condón, seguido del ritmo, óvulos, diafragma y la abstinencia, lamentablemente a partir del segundo método referido nos pudimos percatar de la información equivocada que manejan. Si es el embarazo el que desean prevenir, más de una quinta parte señalan como al más efectivo a los espermaticidas, seguido del condón, la ducha vaginal, píldora, ritmo, DIU y en menor proporción señalan a los óvulos, la vasectomía y la abstinencia, sin embargo una quinta parte destacó por omitir su respuesta. Nuevamente, la información es vaga, a lo cual se pronostica que su vida sexual podría tener consecuencias negativas si no buscan la orientación suficiente y verídica que ellas requieren.

La vida sexual activa sólo está presente en una adolescente del grupo, cuando tuvo relaciones por primera vez se aseguró de haber empleado a la píldora como método anticonceptivo, sin embargo esto no parece ser una conducta constante en las relaciones sexuales posteriores. Considerando el último mes, utilizó el condón.

Para el grupo experimental, la salud sexual y reproductiva es un tema común para la mayoría de las adolescentes puesto que en alguna ocasión la han recibido en alguna clase. La secundaria, la primaria y la preparatoria son los principales lugares en los cuales una adolescente embarazada recibe tal información.

La secundaria es la principal institución que promueve la información sexual y reproductiva para la población adolescente, seguida por la primaria y bachillerato.

En el caso de que no hayan recibido alguna clase de sexualidad, la mayoría está dispuesta a recibirla y sólo a dos no les interesa.

Las adolescentes embarazadas aseguran conocer el uso de los siguientes métodos: condón (82.5%), DIU (70%), vasectomía (55%), retiro (45%), píldora (40%), óvulos y salpingoclasia (35%), espermaticidas (30%), ritmo (20%), ducha (17,5%), diafragma (15%) y en menor medida se encuentra la abstinencia (2,5%). Para la prevención de ETS, tienden a emplear el condón, el retiro, la abstinencia y en menor porcentaje las píldoras, el ritmo, óvulos, ducha y vasectomía, es importante observar que a pesar de que emplean el condón como medida principal para las ETS es notoria la desinformación acerca de las funciones de otros métodos, ahora bien si es el embarazo lo que quieren evitar o prevenir, más de una cuarta parte de ellas aseguró que el DIU es el método más eficaz, seguido por el condón, no obstante un porcentaje mínimo aseguró que ningún método es seguro.

La vida sexual activa es una característica primordial del grupo experimental, por tanto el total del grupo respondió que ya han tenido relaciones sexuales. Sin embargo, la mayoría del grupo señaló que no usó algún método durante su primera relación sexual. Las adolescentes que si emplearon refirieron al condón, el ritmo y el retiro, la ducha vaginal. El hábito de emplear algún anticonceptivo no es constante. Durante el último mes, la mayoría de las mujeres de este grupo no había utilizado algún método, pero algunas en menor porcentaje emplearon el retiro, el condón, el ritmo y el DIU. En el año de 1989, la UN reportó como los métodos anticonceptivos más comunes; a las píldoras hormonales, el DIU, las inyecciones, esterilizaciones en hombres y mujeres, condones, métodos vaginales como diafragma, espermaticidas, jaleas y cremas y el método tradicional del ritmo y el retiro. Específicamente en México, los métodos mas utilizados eran el condón, el método del ritmo y el retiro, pero los menos efectivos al no saber utilizarlos.

Para la mayoría de las adolescentes en este grupo, el embarazo se presento por que no tenían o no emplearon un control de natalidad en el momento.

Con relación a lo anterior algunos aspectos determinantes son el bajo nivel de escolaridad, la nula educación sexual y la ausencia de un plan de vida personal. Otros investigadores como Alfonso López Juárez (1994), consideran que las causas principales de los embarazos tempranos se derivan de la ignorancia, falta de previsión o simplemente irresponsabilidad (Susheela, 1990).

Así mismo en un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud en el año de 1986, acerca del comportamiento reproductivo en los adolescentes y jóvenes (entre 15 y 19 años) del área metropolitana de la Ciudad de México, se detectó que un 64.2% no había usado ningún método anticonceptivo en su primera relación. En si el punto clave de no haber usado alguno es la falta de información. En fechas mas recientes Blum (1994), menciona que los anticonceptivos mas conocidos en la Ciudad de México fueron la píldora, el condón, el ritmo, el DIU y los espermaticidas.

Si consideramos que la principal causa del inadecuado uso de métodos anticonceptivos es la desinformación, entonces también debemos preguntarnos a qué o a quién se debe ésta.

El empleo de tales anticonceptivos depende en gran medida del grado de accesibilidad a cada uno de ellos y a la información con la que el adolescente cuenta, sin embargo durante esta etapa lo más común es que la información se maneje entre sus iguales. Recordemos que durante la adolescencia los amigos cobran especial importancia y también tienen la capacidad de generar cambios en actitudes y conductas, incluso en el plano sexual. Si finalmente el adolescente busca sentirse parte de un grupo, se guía en gran medida por la aprobación y desaprobación social de éste.

Sumado a las interacciones sociales encontramos la transformación del pensamiento a la que hace referencia Piaget, en la cual el adolescente es capaz de elaborar hipótesis, a través de un razonamiento más abstracto que le permitirá interiorizar o exteriorizar valores por medio de diversas relaciones interpersonales que son resultado de la transformación de lo real, así tanto el conocimiento como la experiencia son producto de un intercambio social.

TABLA 4: CONOCIMIENTOS GENERALES Y EMPLEO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
¿Alguna vez has tenido alguna clase acerca de salud sexual y reproductiva?	Control	90%	
* Si	Experimental	80%	
* No	Control	10%	
	Experimental	17.5%	
	Control		0%
	Experimental		2.5%
¿En qué lugar obtuviste dicha información?	Control	70%	
* Secundaria	Experimental	47.5%	
* Primaria	Control	47.5%	
	Experimental	30%	
Métodos anticonceptivos de los que conoces su uso:	Control	80%	
* Condón	Experimental	82.5%	
* Píldora	Control	52.5%	
	Experimental	70%	
* DIU	Control	37.5%	
	Experimental	55%	
* Vasectomía	Control	37.5%	
	Experimental	55%	
* Retiro	Control	32.5%	
	Experimental	45%	
¿Qué métodos empleas para prevenir ETS?	Control	27.5%	
* Condón	Experimental	65%	
* Retiro	Control		
	Experimental	17.5%	

¿Qué método piensas que es el más efectivo para evitar el embarazo?	Control		
* DIU	Experimental	27.5%	
* Condón	Control		
	Experimental	25%	
* Ninguno	Control		
	Experimental	12.5%	
¿Has tenido relaciones sexuales?	Control	2.5%	
* Si	Experimental	100%	
* No	Control	97.5%	
	Experimental	0%	
¿Utilizaste algún método la primera vez que tuviste rel. sex.?	Control		
* Si	Experimental	15%	
* No	Control		
	Experimental	85%	
¿Qué método utilizaste la primera vez que tuviste rel. sex.?	Control		
* No utilizamos	Experimental	25%	
* Condón	Control		
	Experimental	15%	
* Píldora	Control	2.5%	
	Experimental		
Cada vez que tienes rel. sex. ¿usas algún método anticonceptivo?	Control	2.5%	
* No	Experimental	72.5%	
* Si	Control		
	Experimental	20%	
	Control		
	Experimental		7.5%
Durante el último mes ¿qué método han utilizado tu y tu pareja?	Control		97.5%
* No utilizamos	Experimental	55%	
Quando te embarazaste, tu pareja o tu ¿utilizaban algún método			

Anticonceptivo?	* Siempre	Experimental	2.5%	
	* Aveces	Experimental	7.5%	
	* Nunca	Experimental	80%	
		Experimental		10%

V. ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES SEXUALES (VER TABLA 5)

En el grupo control al explorar las ideas y actitudes de las adolescentes hacia las relaciones sexuales se encontró; que la mayoría de ellas piensan que no es correcto tener relaciones sexuales durante la adolescencia antes del matrimonio, coincidiendo al respecto con la forma de pensar de sus padres. Así se destacó el hecho de que la mayoría de ellas respetan las ideas de sus padres acerca del sexo y en especial dentro de este grupo de adolescentes las cifras encontradas fueron ligeramente por arriba del grupo experimental. Encontrándonos así que la mayoría de las adolescentes manejan los mismos principios y creencias sexuales que sus padres. También puede resaltarse el hecho de que la mayoría de las adolescentes considera tener el control de su conducta sexual y no sentirse mal cuando se niegan a tener relaciones; sin embargo hubo un porcentaje pequeño que prefirió no contestar la pregunta, lo que podría dejar ver cierto grado de incomodidad hacia el tema.

En lo que se refiere a la vida en pareja, la mayoría de las adolescentes no están de acuerdo con la unión libre y sólo una tercera parte acepta la idea.

Dentro de las actitudes hacia las relaciones sexuales en este grupo de adolescentes, destacó el hecho de que la mayoría de ellas están completamente en desacuerdo en que el ser una adolescente soltera no implica que no deba tener una vida sexual activa, sin embargo un porcentaje similar aseguró que sus padres no están de acuerdo en que ellas tengan relaciones sexuales durante esta etapa. Tal forma de pensar de las adolescentes apoya la idea expuesta por Lozano en 1997, en la cual exalta que la sexualidad es independiente de la reproducción y por tanto es una decisión personal y libre de cada pareja.

Por otro lado, la mayoría de las madres y embarazadas adolescentes (grupo experimental) respetan las ideas de sus padres acerca del sexo, aunque están en desacuerdo con las ideas de estos; en este aspecto sobresalió un 10% de la muestra experimental por arriba de la control. Así encontramos que sólo una tercera parte de las adolescentes embarazadas o madres manejan los mismos principios que sus padres mientras las otras 2 terceras partes están en desacuerdo con sus padres.

Con respecto a la toma de decisiones en su conducta sexual, la mayoría de las adolescentes consideraron tener el control de la situación por sí mismas y manifestaron sentirse bien cuando se niegan a tener relaciones.

En lo que se refiere a la vida de pareja; las adolescentes madres se dividieron equitativamente entre las opiniones de aceptar y no aceptar vivir en unión libre. Cuando se les cuestionó acerca de lo que pensaban que una adolescente entre los 14 y 17 años tenga relaciones sexuales, sus respuestas fueron acorde a lo reportado en el cuestionamiento de vivir en pareja.

Confrontando los datos obtenidos en este apartado con la Teoría del desarrollo moral, según Kolbergh la mayoría de las adolescentes se ubican en un nivel convencional puesto que muchas de sus conductas se basan en la aprobación social o respeto a las normas morales impuestas por personas que considera de mayor jerarquía; sin embargo al momento de la toma de decisiones es capaz de discernir entre lo bueno y lo malo pero incluso aún cuando puede llegar a tomar una mala elección considera es adecuada a su propia realidad, observándose un locus de control interno.

TABLA 5: ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES SEXUALES

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
Mis principios morales y creencias acerca del sexo son como las de mis padres.	Control	75%	
* De acuerdo	Experimental	32.5%	
* En desacuerdo	Control	25%	
	Experimental	62.5%	
	Control		0%
	Experimental		5%

VI. RELACIONES SEXUALES (VER TABLA 6)

En el grupo control sólo una cuarta parte de la muestra control se había iniciado la menstruación, siendo la edad de inicio frecuente entre los 13 y 14 años. En estos casos la menstruación se presenta de manera regular mensualmente, encontrándose en la mayoría de las adolescentes el hábito de apuntar la fecha de su período menstrual.

En cuanto a su actividad sexual, prácticamente el total de la muestra control no había iniciado su vida sexual. Sólo un caso la había iniciado a la edad de los 17 años. Además sobresalió el hecho de que en su círculo social, la mayoría de sus amigos no han iniciado su vida sexual. Así puede entenderse el hecho de que la mayoría de las adolescentes de este grupo no contestaron las preguntas referentes a la frecuencia de sus relaciones sexuales; pero debe hacerse notar que el caso encontrado en este grupo que si había iniciado su vida sexual reportó una actividad sexual regular en el último mes con una pareja estable.

En la mayoría de las adolescentes de este grupo, las adolescentes reportaron sentirse cómodas con su vida sexual.

Para las adolescentes del grupo experimental la edad en que se presentó por primera vez su menstruación, varió de los 10 a los 16 años. Concentrándose la mayor cantidad de casos de los 11 a los 13, seguidos por 10 años y 15 años. Sobresaliendo 2 casos cuyo inicio fue al año de edad. En lo que respecta a la regularidad con la que se presenta su período menstrual, la mayoría de la muestra reportó que ésta es mensual. Sin embargo sólo aproximadamente la mitad de las adolescentes tiene el hábito de anotar las fechas de su menstruación.

En lo que se refiere a las edades de inicio de su vida sexual varió de los 4 a los 18 años. Concentrándose la mayor cantidad de casos entre los 16 y 17 años. Seguidos por los 14 y 18

años. Además en su círculo social, la mayoría de sus amigos han iniciado su vida sexual. Resultados similares obtuvieron Contreras y colaboradores en el año de 1994, cuando encontraron que el promedio de edad de inicio de la vida sexual, se encontraba entre los 14 y 17 años (87%), pero sólo entre un 6% y 15% de las adolescentes utilizaban algún método de control natal.

En la mayoría de la muestra las adolescentes habían suspendido su actividad sexual y el resto de la muestra tenía en promedio entre 2 y 3 relaciones sexuales en el mes; con lo que manifestaron que su actividad sexual era poca y se encontraban proporciones equitativas entre el número de adolescentes cómodas con su vida sexual y las incómodas.

La gran mayoría de las madres adolescentes han tenido únicamente una pareja sexual. Siguiéndoles en proporción las adolescentes con 2 parejas sexuales a lo largo de su vida y en menor proporción las de 3 y 4 parejas. Acerca de cuántas parejas sexuales ha tenido en el último año; más de la mitad de las madres adolescentes prefirió no contestar la pregunta, el resto en su mayoría reportó haber tenido únicamente 1 pareja sexual a lo largo del último año y en mucho menor proporción 2 y 3 parejas.

Por otro lado, dentro del grupo se encontraron casos de abuso sexual o violación en una proporción ligeramente mayor a una cuarta parte de la muestra. Las violaciones ocurrieron entre los 4 y 19 años. Encontrándose más casos entre los 14 y 16 años, pero pudiéndose ver casos aislados entre las edades de los 4 y 19 años.

La mayoría de las madres adolescentes nunca han tenido relaciones con desconocidos, pero destaca el hecho que una proporción pequeña de casos prefirió no responder la pregunta y una mínima mencionó haber tenido relaciones alguna vez con alguien desconocido.

Piaget destacó, en este sentido, que en las adolescentes el plan de vida esta especialmente vinculado a las relaciones sociales, siendo los otros un elemento importante en la valía personal del adolescente.

En lo que se refiere a las relaciones sexuales, durante la adolescencia éstas ocurren como producto de una búsqueda de aceptación y valía para otros, pero sin prever una finalidad reproductiva, tal como lo refieren Erikson en 1972 y Aberastury, 1976.

TABLA 6: RELACIONES SEXUALES

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera menstruación?	Control	10%	
* 9	Experimental	0%	
* 10	Control	12.5%	
	Experimental	10%	
* 11	Control	25%	
	Experimental	22.5%	
* 12	Control	25%	
	Experimental	20%	
* 13	Control	15%	
	Experimental	22.5%	
* 14	Control	10%	
	Experimental	7.5%	
* 15	Control	0%	
	Experimental	10%	
* 16	Control	0%	
	Experimental	2.5%	
	Control		2.5%
	Experimental		5%
¿Acostumbras anotar la fecha de tus períodos?	Control	60%	
* Si	Experimental	52.5%	
* No	Control	37.5%	
	Experimental	47.5%	
	Control		2.5%
	Experimental		0%
¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	Control	0%	

* 4 años	Experimental	2.5%	
* 14 años	Control	0%	
	Experimental	12.5%	
* 15 años	Control	0%	
	Experimental	7.5%	
* 16 años	Control	0%	
	Experimental	27.5%	
* 17 años	Control	2.5%	
	Experimental	27.5%	
* 18 años	Control	0%	
	Experimental	12.5%	
	Control		
	Experimental		10%
¿Cuántos de tus amigos(as) han tenido rel. sex.?	Control	2.5%	
* La mayoría	Experimental	17.5%	
* Todos	Control	5%	
	Experimental	17.5%	
* Solo unos cuantos	Control	35%	
	Experimental	40%	
* Ninguno	Control	40%	
	Experimental	12.5%	
	Control		17.5%
	Experimental		12.5%
El número de relaciones que has tenido ¿es satisfactorio para ti?	Control	0%	
* Si	Experimental	47.5%	
* No	Control	2.5%	
	Experimental	42.5%	
	Control		
	Experimental		10%
¿Con cuántos hombres has tenido relaciones sexuales en tu vida?			

* Uno	Experimental	60%	
* Dos	Experimental	22.5%	
* Tres	Experimental	7.5%	
* Cuatro	Experimental	2.5%	
	Experimental		7.5%
¿Alguna vez fuiste forzada ha tener sexo o fuiste violada?			
* Si	Experimental	27.5%	
* No	Experimental	72.5%	
Si tu respuesta es si ¿qué edad tenías cuando esto pasó?			
* 4 años	Experimental	2.5%	
* 9 años	Experimental	2.5%	
* 11 años	Experimental	2.5%	
* 12 años	Experimental	2.5%	
* 14 años	Experimental	7.5%	
* 16 años	Experimental	7.5%	
* 19 años	Experimental	2.5%	

VII. COMUNICACIÓN CON LA PAREJA (VER TABLA 7)

En el grupo control el mayor número de adolescentes se sintieron más cómodas no contestando al cuestionamiento acerca de si había tenido o tenía una pareja estable. De las que contestaron, un porcentaje considerable respondió si haber tenido pareja estable, pero prefiriendo en su mayoría no contestar la edad a la que la tuvieron, mientras las restantes se repartieron sin gran variedad de porcentajes entre los 11 y 17 años; una menor proporción mencionó no haber tenido una pareja estable.

Destaca el hecho que las edades a las que se tuvo la primera pareja estable, son menores en el grupo control.

Explorando la comunicación de la adolescente con su pareja, se encontró que la mayoría prefiere no hablar de relaciones sexuales y el resto de la muestra procura platicar con su pareja acerca del día de ambos. Las discusiones con su pareja dentro de este grupo de adolescentes son pocas y cuando suceden los motivos son la religión, las actividades que harán en su tiempo libre, alcohol u otras drogas y celos.

En el grupo experimental la mayoría de las adolescentes han tenido pareja estable, seguidas por una proporción pequeña que no la ha tenido y un número aún menor que prefirió no responder. Poco más de la tercera parte de las madres adolescentes no contestaron al cuestionamiento de la edad que tenían cuando su primera pareja estable; las adolescentes restantes se concentraron básicamente entre los 14 y 16 años.

Aunque algunas madres adolescentes no contestaron el cuestionamiento de la comunicación que diariamente mantienen con su pareja, la mayoría dijo tener siempre

comunicación con su pareja acerca de las actividades de ambos, una proporción menor a veces y unas cuantas nunca.

Destaca el hecho de que en el grupo de madres adolescentes existía mayor comunicación con la pareja.

En lo que respecta a las discusiones con su pareja, se encontraron varios temas que provocan tal situación entre las madres adolescentes y su pareja siendo éstas: en una octava parte de la muestra la ayuda en casa, cerca de la séptima parte coincidió en que el dinero es un motivo de discusión y en proporciones más pequeñas los motivos reportados fueron el alcohol u otras drogas (aunque en proporción menor a la del grupo control), las actividades en el tiempo libre, celos, la ayuda con los hijos, el sexo, la religión y parientes políticos. Destacó el hecho de que una proporción ligeramente menor a la cuarta parte de la muestra reportó que nunca discute, y tal proporción fue casi dos veces más a lo reportado en el grupo control.

Las relaciones con los otros se dan a través de tres pasos progresivos, 1) soy el centro de todo lo que importa, 2) tu eres el centro de todo lo que importa y 3) las relaciones dependen de un equilibrio entre tus necesidades y las mías, es así que la aceptación por parte de otro individuo, especialmente la pareja, ayudará a que el adolescente se conozca a sí mismo.

TABLA 7: COMUNICACIÓN CON LA PAREJA

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
Tus discusiones con tu pareja son acerca de:	control	2.5%	
* Alcohol u otras drogas	experimental	7.5%	

VIII. EMBARAZO Y RESOLUCIÓN (VER TABLA 8)

En el grupo control se exploraron las ideas de las adolescentes acerca de las razones válidas o no para llevar a cabo un aborto y se encontró que la mayoría no considera que halla una razón válida para llegar a tal situación; las razones tales como el estado civil, la edad de la madre, el deseo de seguir estudiando o el rechazo de la familia no son razones que deban influir en tomar dicha decisión para la mayoría de las adolescentes de este grupo. Menos de la cuarta parte consideró la violación como una razón válida y una octava parte de la muestra se inclinó por justificar el aborto cuando la madre no puede sostener económicamente al niño.

Para el grupo experimental más de la cuarta parte de la muestra no se encontraban embarazadas, pero ya eran madres. Un porcentaje similar se encontraba entre los 6 y 7 meses de embarazo. En menores proporciones se encontraron casos en todos los meses, incluso hasta 10 meses de embarazo. En lo que respecta a la edad que tenían cuando se embarazaron; mas de la cuarta parte tenían entre 16 y 17 años, otra proporción similar, pero menor entre 18 y 19 años. Llamam la atención casos de 13, 14 y 15 años.

En poco más de la quinta parte de los casos, el padre del bebe tenía 19 años cuando la adolescente se embarazó, seguidos en proporción las parejas de 21 años y las de 23. Aunque en porcentajes muy pequeños, cabe mencionar que las edades de los padres iban desde 16 hasta 36 años; 3 casos no contestaron la pregunta.

Poco más de la cuarta parte prefirieron no contestar al cuestionamiento acerca de cómo pensaba que terminaría su embarazo, la misma proporción consideró que tendría a su hijo y se casaría y una proporción ligeramente mayor pensó que tendría a su bebé pero no se casaría.

Cantidades menores consideraron como opciones para el fin de su embarazo, tener al bebé o darlo en adopción. Conforme a lo anterior recordemos los datos referidos por Susheela en 1990 en que el 18% de las mujeres optaban por el aborto en caso de quedar embarazada, el 38% por el matrimonio y el 36% por tener al bebé sin casarse; entre otras opciones, pero con menores porcentajes, consideraban la adopción y el dejar que sus padres tomaran la decisión.

Con respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva buscados por esta muestra se encontró que más de 3 cuartas partes de la muestra, visita o visitó algún tipo de cuidado médico durante su embarazo en un caso la adolescente recurrió a una partera, una tercera parte prefirió no contestar y sólo unos cuantos casos no han buscado algún servicio de salud. La mayoría buscó atención médica desde los primeros meses. El orden en que se concentraron los datos fueron: 2 meses, 3 meses, 1 mes, 4 meses. Llaman la atención los pocos casos que buscaron atención médica hasta los últimos meses; 5, 6, 7 y 9 meses.

Poco menos de la mitad de los casos buscaron atención médica en clínicas de salud pública, una cuarta parte asiste a hospitales públicos, poco menos de la quinta parte a centros de salud comunitaria y consultorios privados. Mientras en proporciones pequeñas acuden a hospitales privados, clínicas de planificación familiar y partera.

Poco menos de la mitad de la muestra ha dejado de tener relaciones por más de un mes, poco más de la tercera parte no ha interrumpido su vida sexual y cerca de una sexta parte prefiere no contestar. Entre las razones de la interrupción de su vida sexual destacaron: el embarazo en sí, separación de la pareja, miedo o desilusión y por cuidar a su bebé.

Las edades de los hijos de las adolescentes se distribuyeron en pequeñas cantidades equitativas entre las edades de 1 mes y 2 años. Entre las situaciones vividas por la madre y por el bebé cuando éste nació se encontró en unos cuantos casos el hecho de que el bebé murió o permaneció más tiempo en el hospital.

Más de la cuarta parte de las adolescentes reportó vivir sola con su bebé, una décima parte vive con él y con su pareja y sólo en unos cuantos casos se observó que la madre y el bebé vivían con la familia de la adolescente; otras no especificaron. En porcentajes pequeños se encontró que tanto la madre como el bebé o ambos presentaron problemas de salud después del nacimiento de éste último. Fueron pocos casos en que especificaron dichos problemas de salud y entre ellos sobre salieron la anorexia y las hemorragias.

Una minoría de casos señaló tener un hijo más aparte del esperado y otra minoría mencionó tener dos hijos más.

Acerca de lo que pensaba cada una de ellas acerca del embarazo durante la primera vez que tuvo relaciones sexuales, en poco menos de la mitad de los casos ni siquiera pensó al respecto, menos de la cuarta parte pensó en evitarlo y poco más de la sexta parte no se cuidó. Además, una vez que se les dio la noticia de su embarazo, poco menos de la mitad de la muestra deseaba tener al bebe, más de la cuarta parte deseaba tener al bebé pero no en ese momento, una cuarta parte nunca pensó en eso y un mínimo porcentaje no deseaba al bebé. Más de la mitad de las parejas no querían que se embarazara la adolescente y el resto si lo deseaba. Poco más de la cuarta parte de las adolescentes pensó en tener un aborto, sin embargo encontraron distintas razones por las que no lo llevaron a cabo. Entre las razones que se encontraron para no llevar a cabo el aborto, destacó el considerar al embarazo su responsabilidad y con menores porcentajes se encontraron las razones de: peligro para mí y mi hijo, arrepentimiento, aunque lo pensó consiguió el apoyo de la pareja, no deseaba abortar, porque no podía, religión y el considerarlo un asesinato. Cabe señalar que el orden en que se mencionan tales causas es el grado de importancia que le dieron a cada una de ellas. Después se exploró en que casos aceptan o no el aborto cuando no se trata de ellas mismas, y los resultados fueron: más de la mitad lo acepta cuando se trata de violación, una cuarta parte acepta como una razón para tener un aborto si la madre no puede

sostener económicamente al niño, poco menos de la cuarta parte consideró como otra razón cuando la familia amenaza a la mujer con correrla o maltratarla, una cantidad menor mencionó el hecho de que la mujer quiere seguir estudiando y en porcentajes menores se encontraron las razones de si la madre tiene 16 años o menos y si la madre no está casada.

Por otra parte, ante la noticia de su embarazo, en más de la tercera parte de los casos, los padres de las adolescentes embarazadas, reaccionaron muy molestos, poco más de la cuarta parte reaccionaron con poco agrado, a poco más de la sexta parte les agradó mucho y en un porcentaje pequeño fueron indiferentes a la noticia.

En la mayoría de los casos de madres adolescentes, éstas reportaron que sus amigos reaccionaron a la noticia de su embarazo con poco de agrado. En una cuarta parte de la muestra sus amigos reaccionaron con mucho agrado, y en proporciones similares se encontraron reacciones de molestia e indiferencia. Un mínimo porcentaje prefirió no contestar.

En más de la mitad de los casos el apoyo de los amigos fue evidente, en poco más de la cuarta parte de los casos los amigos optaron por dejar de frecuentarlas y sólo una octava parte prefirió no contestar.

Más de la mitad de las madres adolescentes manifestaron haberse sentido felices cuando recibieron la noticia de su embarazo, una cuarta parte se sintió deprimida y en proporciones muy pequeñas presentaron reacciones de molestia, indiferencia o reprimieron su respuesta.

A futuro, cerca de la mitad de las adolescentes y sus parejas en este grupo si piensa tener otro bebé, poco más de la cuarta parte no piensa tener otro hijo, poco más de la sexta parte dejará la decisión a "Dios" y en un porcentaje muy pequeño la pareja no está de acuerdo con la adolescente en tener otro hijo. En cuanto al número de hijos que las jóvenes parejas planean tener se encontraron los porcentajes más altos entre 2 y 3 hijos más, menores porcentajes fluctuaron de 1 a 5 hijos. Así, casi la mitad de la muestra planea tener otro bebé en 1 año más, el resto de las

adolescentes contestaron en 2, en 4 o en 5 años más; aunque algunas adolescentes omitieron información al respecto. Sin embargo, la mayoría no está muy segura de que tendrá más bebés, más de la cuarta parte lo está y unos cuantos casos prefirieron no comentar el tema.

Con respecto a la educación sexual, se encontró que tres cuartas partes de las adolescentes en este grupo nunca han participado en programas para adolescentes embarazadas y la pequeña cantidad de ellas que si lo han hecho, ha sido para obtener información acerca de la atención médica y alimenticia para su hijo así como orientación sobre los cuidados del embarazo y del niño en igual proporción. Entre otros temas señalaron también orientación en general, atención médica y alimenticia para ellas y escuela para padres.

Los hallazgos encontrados en cuanto al embarazo y resolución por parte de las adolescentes experimentales nos llevan a ratificar las opiniones hechas por otros investigadores, CONAPO (1996) refiere que 1 de cada 6 nacimientos provenían de menores de 20 años; Ehrenfeld-Lenkiewicz (1994b) destacó que las parejas de las adolescentes no aceptan el rol paterno.

Conforme a todo anterior es evidente que las adolescentes de la investigación tienen la urgente necesidad de incorporar a su plan de vida, la educación sexual y reproductiva. Pues ésta daría a los adolescentes, mujeres y varones, las herramientas necesarias que los ayuden a tomar decisiones cada vez más acertadas, dejando aún lado los prejuicios y roles tradicionalmente impuestos por la sociedad. Esto es evidente en lo estipulado por Mckinney (1990) en base a lo expuesto por Piaget, cuando una adolescente se ubica en el nivel formal estará apta para discernir, anticipar y planear las consecuencias de una vida sexual activa.

TABLA 8. EMBARAZO Y RESOLUCIÓN

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTÓ
Si estás embarazada ¿cuántos meses tienes de embarazo?			
* 1 mes	Experimental	2.5%	
* 2 meses	Experimental	2.5%	
* 3 meses	Experimental	2.5%	
* 4 meses	Experimental	5%	
* 6 meses	Experimental	17.5%	
* 7 meses	Experimental	17.5%	
* 8 meses	Experimental	12.5%	
* 9 meses	Experimental	7.5%	
* 10 meses	Experimental	2.5%	
¿Cuántos años tenías cuando te embarazaste por primera vez?			
* 13 años	Experimental	2.5%	
* 14 años	Experimental	7.5%	
* 15 años	Experimental	10%	
* 16 años	Experimental	25%	
* 17 años	Experimental	20%	
* 18 años	Experimental	17.5%	
* 19 años	Experimental	17.5%	
¿Cuántos años tenía el padre de tu bebé cuando te embarazaste?			
* 16 años	Experimental	5%	
* 18 años	Experimental	7.5%	
* 19 años	Experimental	22.5%	
* 20 años	Experimental	5%	
* 21 años	Experimental	17.5%	
* 22 años	Experimental	5%	

* 23 años	Experimental	10%	
* 25 años	Experimental	5%	
* Otros	Experimental	15%	
	Experimental		7.5%
¿Cómo piensas que terminará tu embarazo?			
* Bebé y adopción	Experimental	2.5%	
* No me casare y tendré al bebé	Experimental	32.5%	
* Me casaré y tendré al bebé	Experimental	30%	
	Experimental		35%
Durante tu actual embarazo ¿has visitado a un doctor, partera u hospital?			
* Si	Experimental	77.5%	
* No	Experimental	7.5%	
	Experimental		15%
Si estás embarazada, has dejado de tener rel. sex. por más de un mes			
* Si	Experimental	47.5%	
* No	Experimental	35%	
	Experimental		17.5%
Si tu respuesta es si, la interrupción se debió a:			
* Miedo o desilusión	Experimental	12.5%	
* Por el embarazo en sí	Experimental	22.5%	
* Por separación de la pareja	Experimental	15%	
* Por enfermedad	Experimental	5%	
* Por cuidar a tu bebé	Experimental	12.5%	
* Por otra razón	Experimental	2.5%	
Con respecto al embarazo la primera vez que tuviste relaciones sexuales pensabas que:			
* Quería evitarlo	Experimental	22.5%	
* No me cuidé	Experimental	17.5%	

* No pensaba en eso	Experimental	7.5%	
Quando te embarazaste, deseabas tener al bebé:			
* No pensé en eso	Experimental	47.5%	
* No me preocupé	Experimental	7.5%	
* Si en ese momento	Experimental	45%	
* Si pero después	Experimental	32.5%	
* Nunca he pensado en ello	Experimental	20%	
* Nunca he deseado un bebé	Experimental	2.5%	
Quando te embarazaste ¿tu pareja quería que te embarazaras en ese momento?			
* Si	Experimental	42.5%	
* No	Experimental	57.5%	
En el futuro tu pareja y tu ¿piensan tener otro bebé?			
* Si	Experimental	45%	
* No	Experimental	27.5%	
* Mi pareja no	Experimental	2.5%	
* Dios dirá	Experimental	17.5%	
	Experimental		7.5%
Para tu manera de pensar ¿en qué caso es correcto para una mujer tener un aborto?	Control	5%	
* Si no está casada	Experimental	2.5%	
* Si tiene 16 años o menos	Control	7.5%	
	Experimental	10%	
* Si ella quiere seguir estudiando y capacitándose	Control	5%	
	Experimental	15%	
* Si la familia amenaza con correrla o maltratarla	Control	5%	
	Experimental	22.5%	
* Si ella no puede sostener económicamente al niño	Control	12.5%	
	Experimental	25%	
* Ninguna	Control	0%	

	Experimental	15%	
* Si ha sido violada	Control	17.5%	
	Experimental	57.5%	
¿Cómo te sentiste tu ante la noticia de tu embarazo?			
* Feliz	Experimental	60%	
* Molesta	Experimental	7.5%	
* Indiferente	Experimental	2.5%	
* Deprimida	Experimental	25%	
	Experimental		5%
¿Cómo reaccionaron tus amigos ante la noticia de tu embarazo?			
* Les agradó mucho	Experimental	25%	
* No se preocuparon	Experimental	15%	
* No saben	Experimental	2.5%	
* Les agradó un poco	Experimental	42.5%	
* Muy molestos	Experimental	12.5%	
	Experimental		2.5%
Durante tu embarazo tu grupo de amigos ¿te siguieron frecuentando?			
* Si	Experimental	57.5%	
* No	Experimental	32.5%	
	Experimental		10%

IX.- ÁREA AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA (VER TABLA 9)

En el grupo control al explorar acerca del papel que tanto la mujer como el hombre juegan en la sociedad, se encontró que tres cuartas partes están en desacuerdo que el lugar de la mujer es en la casa y no en la oficina o las tiendas, aunque una quinta parte reportó estar de acuerdo. Así mismo más de la mitad de la población está de acuerdo en que una esposa que trabaja es más útil que una que no tiene trabajo y casi la mitad en desacuerdo.

Por otra parte se les cuestionó acerca de la conformidad con ser del sexo al que pertenecen, encontrándose que cuatro quintas partes respondieron que no les gusta ser una muchacha, una cuarta parte que les gusta ser una muchacha.

Se indagó también acerca de las consecuencias que les pueden traer sus distintos comportamientos y casi la mitad de la población respondió que les va mal por no ver el riesgo de las cosas que hacen y una porción menor que no les va mal por no ver el riesgo de las cosas que hace. Así mismo casi la mitad respondió que no les gusta arriesgarse a hacer cosas peligrosas y a una cuarta parte les gusta arriesgarse a hacer cosas peligrosas. Más de la mitad está en desacuerdo que se apartan de los líos a toda costa y casi la mitad está de acuerdo. La mayoría está de acuerdo de que lo que les pasa es consecuencia de sus actos, una cuarta parte está de acuerdo. No obstante la mitad está en desacuerdo que la buena o mala suerte juegan un papel importante en su vida, casi la mitad está de acuerdo.

Con respecto al control de sus vidas, más de la mitad de las adolescentes están de acuerdo que algunas veces siente que no controla suficientemente su vida, casi una cuarta parte está en desacuerdo. Cabe señalar que tres cuartas partes respondió estar de acuerdo que cuando hacen planes están casi seguras de que pueden cumplirlos, menos de una cuarta parte respondió estar en

desacuerdo. En lo que se refiere a sus estudios, actividad más común en esta etapa, más de la mitad respondió que es falso que a veces siente que ya no pueden aprender más, pero más de una cuarta parte respondió que es verdad.

Por otro lado al explorar su vida social, fundamentalmente las relaciones entre amigos o coetáneos, se observó que su círculo de amigos está integrados en su mayoría por mujeres y sólo de 2 a 4 son varones. Una característica importante encontrada fue que dentro de estos círculos de amigos, el mayor porcentaje de ellos están el mismo grado que ellas otra menor en un grado más alto, seguido por que no están en la escuela y un mínimo que están en un grado más bajo que ellas.

Sin embargo, a pesar de que cuentan con un círculo de amigos, casi la mitad a veces se sienten sola y desearías tener más amigos, aunque un porcentaje casi igual respondió que nunca se sienten solas y desearían tener más amigos y una quinta parte siempre se sienten solas y desearías tener más amigos Así la mitad de la población respondió que casi siempre desea ser o estar con alguien más y un porcentaje casi similar que es falso.

Se observó que para las adolescentes la opinión de sus amigos acerca de ellas es que más de la mitad esta de acuerdo que antes de hacer algo consideran como reaccionarán sus amigos, y más de una cuarta parte no los toma en cuenta; así tres cuartas partes están de acuerdo que es esencial para un muchacho conseguir el respeto de los otros, menos de una cuarta parte respondió lo contrario.

En lo que se refiere al papel de la adolescente dentro de su círculo social más de la mitad respondió estar de acuerdo que admiran a las muchachas que son totalmente seguras de sí

mismas, menos de una quinta parte respondió estar en desacuerdo, ya que casi la mitad respondió que es verdadero el que los otros siguen sus ideas usualmente de los que dijeron que era falso y fue igual el porcentaje que es falso. Por otro lado la mayoría piensa que el hablar sus problemas con sus amistades no implica que le perderán respeto. Sin embargo la mayoría de ellas aseguró que no les molesta que una muchacha actúe como una niña y más de una cuarta parte les molesta.

En lo que respecta a las relaciones de amistad entre los dos sexos más de tres cuartas partes no creen que las muchachas sólo respetarán a un muchacho que le dicte reglas, menos de una quinta parte respondió estar de acuerdo, además, más de la mitad no creen que una muchacha es en general quien se aprovecha del muchacho y sólo un pequeño porcentaje esta de acuerdo.

Más de la mitad esta de acuerdo que muchas muchachas disfrutan poniendo por los suelos a los muchachos, y más de una cuarta parte esta de acuerdo.

En cuanto a la percepción que tienen de sí mismas más de la mitad de las adolescentes respondieron que no sienten que tienen mucho de que estar orgullosa, aunque más de una cuarta parte piensan que si tienen de que estar orgullosas. Así más de la mitad de las adolescentes respondieron que desearía tener más respeto hacia mí misma y un poca más de la cuarta parte no desearía respetarse más así mismas; por lo que la mitad de las adolescentes respondió que veces se siente inútil y la otra mitad que no se siente inútil, aunque más de la mitad, a veces piensa que si es del todo buena y más de una cuarta parte respondió que no se siente del todo buena y más de la mitad respondieron que si les gusta su forma de ser, menos de una quinta parte respondió que es falso. Pero solo tres cuartas partes respondieron que si tienen una actitud positiva hacia sí mismas, una quinta parte respondió no tener dicha actitud.

También pudo explorarse el cómo se ve ella en comparación con los demás y la mayoría piensa que es más estricta, aunque les es difícil ponerse en el lugar de los otros.

Por último es importante señalar que en relación al embarazo adolescente, más de tres cuartas partes de las adolescentes están en desacuerdo que las mujeres solteras no deben tener niños, aunque deseen tenerlos y la otra tercera parte esta de acuerdo

En el grupo experimental al explorar acerca del papel que tanto la mujer como el hombre juegan en la sociedad, se encontró que la mayoría de ellas está en desacuerdo en que sea el hombre quien deba luchar fuera de la casa y la mujer cuidar de ésta; sin embargo cabe destacar que casi la mitad de las adolescentes de este grupo está de acuerdo en que deba ser de esa manera. Conforme a esto, más de la mitad de las adolescentes refirieron que están en desacuerdo con la idea de que una esposa que trabaja es más útil que una que no tiene trabajo, aunque un porcentaje cercano a la mitad señaló estar de acuerdo. No perdamos de vista lo señalado por Brooks en 1959, con respecto a que la conducta se ve influenciada por la fuerza de las opiniones y por las sanciones del grupo al que pertenece del individuo.

La formación de la identidad tiene en sí un aspecto negativo, aquellas características que el individuo guarda en sí mismo lo hacen sentir diferente o atípico. La contraparte, el aspecto positivo, es esa puerta abierta a nuevos roles y posiciones (Erikson, 1972). Por otra parte se les cuestionó acerca de la conformidad con ser del sexo al que pertenecen, encontrándose que tres cuartas partes de las adolescentes no les gusta ser muchachas, menos de una cuarta parte si les gusta y una menor proporción prefirió omitir su respuesta.

La adolescencia, de los 15 a los 18 años, es un período esencialmente social. El adolescente ahora ya es capaz de entender el pensamiento adulto, aunque para ello es necesario

que experimente por sí mismo todos aquellos valores, conocimientos o normas en las que se ve inmerso; establece sus propios criterios para actuar ante diversas situaciones. Se indagó también acerca de las consecuencias que les pueden traer sus distintos comportamientos. Casi la mitad de las adolescentes consideró que si les va mal, es precisamente por no prever el riesgo de lo que hacen sin embargo, más de la mitad aseguró que aunque no prevé riesgos no le va mal. Así también se encontró que sólo a una cuarta parte del grupo le gusta arriesgarse haciendo cosas peligrosas, mientras que el resto prefiere no hacerlo. No obstante casi la mitad no procura apartarse de los líos a toda costa, más de la mitad lo hace, una mínima proporción prefirió no responder. La mayoría está de acuerdo de que lo que les pasa es consecuencia de sus actos, menos de una cuarta parte esta en desacuerdo. Es importante señalar que la mayoría de las adolescentes considera que la buena o mala suerte juega un papel importante en su vida.

Con respecto al control de sus vidas, más de la mitad señaló que no la controlan lo suficiente, en tanto que una cuarta parte cree tenerlo. Cabe señalar que casi tres cuartas partes no tienen la seguridad de cumplir sus planes cuando se los proponen y solo una proporción ligeramente mayor a la cuarta parte está segura de que puede lograrlos. En lo que se refiere a sus estudios, que es la actividad más común en esta etapa, más de una cuarta parte tiene la seguridad de poder aprender más.

Por otro lado al explorar su vida social, fundamentalmente las relaciones entre amigos o coetáneos, se observó que su círculo de amigos está integrado en su mayoría por mujeres y sólo de 3 a 5 son varones. Una característica importante encontrada fue que dentro de estos círculos de amigos, el mayor porcentaje de ellos no asisten a la escuela. Sin embargo, a pesar de que cuentan con un círculo de amigos, menos de la cuarta parte de ellas se sienten a gusto con éste y más de la mitad de ellas a veces se sienten solas y desearían tener más amigos; cabe señalar que una

proporción mínima reportó que siempre se sienten solas. Así, más de la mitad de la población respondió que casi siempre desea ser o estar con alguien más.

Se observó que para las adolescentes la opinión de sus amigos acerca de ellas es importante pues más de la mitad está de acuerdo que antes de hacer algo consideran cómo reaccionarán los pares ante su conducta, y sólo una cantidad ligeramente mayor a la cuarta parte no los toma en cuenta; así más de tres cuartas partes consideraron que es esencial para un muchacho conseguir el respeto de los otros y menos de una cuarta parte respondió lo contrario. En lo que se refiere al aprecio de los pares casi la totalidad respondió estar de acuerdo que admiran a las muchachas que son totalmente seguras de sí mismas. Por otro lado la mayoría piensa que hablar de sus problemas con sus amistades no implica que perderán su respeto. Sin embargo la mayoría de ellas aseguró que les molesta que una muchacha actúe como una niña y más de una cuarta parte no le molesta. Tales observaciones complementan lo señalado por Magaña en 1988, con respecto a la clara preocupación por parte del adolescente por su autoimagen; siendo notorios sus cambios en la apariencia. Concretamente Sharpes en 1997 encontró sentimiento de autoestima pobres, inadecuación, desprecio e insatisfacción con sus cuerpos en adolescentes embarazadas.

En lo que respecta a las relaciones de amistad entre los dos sexos, menos de una quinta parte de las adolescentes cree que una muchacha sólo respetará a un muchacho que le dicte reglas, además, un porcentaje menor a la cuarta parte manifiesta que en éstas relaciones, la muchacha es en general quien se aprovecha del muchacho.

Más de la mitad está de acuerdo que muchas muchachas disfrutan poniendo por los suelos a los muchachos, casi la mitad está en desacuerdo y una menor porción no respondió

En cuanto a la percepción que tienen de sí mismas la muestra se distribuyó proporcionalmente entre las opciones de tengo por qué estar orgullosa y no tengo de qué estar

orgullosa; siendo ligeramente mayor el número de adolescentes que no lo cree así. Casi tres cuartas partes respondieron que desearía tener más respeto hacia sí mismas y una cuarta parte no lo manifiesta así. Concordando esto con el hecho de que más de la mitad de las adolescentes respondió que a veces se siente inútil, además tres cuartas partes piensa que no es del todo buena. Una proporción semejante respondió que no le gusta su forma de ser. Aún cuando más de tres cuartas partes del total de las adolescentes respondieron que tienen una actitud positiva hacia sí mismas y menos de una quinta parte respondió no tener dicha actitud.

También pudo explorarse el cómo se ve ella en comparación con los demás y sobresalieron al respecto los siguientes puntos: la mayoría piensa que es más estricta, y por lo tanto le es difícil ponerse en el lugar de los otros.

Por último es importante señalar que en relación al embarazo adolescente, menos de una cuarta parte está de acuerdo en que las mujeres solteras no deben tener niños, aunque así lo deseen.

Las aspiraciones, valores y éxitos personales de los adolescentes en ambos grupos, determinaron en gran medida el nivel de autoconcepto. La adolescencia evidenció dos influencias externas en su autoconcepto: sus iguales y sus familiares, ambas a su vez interactúan dentro de los tres niveles del autoconcepto (Staines, 1958; Cit. en Oñate, 1989); lo que percibo que soy, lo que el otro percibe que soy y lo que quiero ser.

TABLA 9: AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

PREGUNTA	GRUPO	%	NO CONTESTO
Me va mal por no ver el riesgo de las cosas que hago	Control	42.5%	
* Si	Experimental	52.5%	
* No	Control	35%	
	Experimental	47.5%	
	Control		22.5%
	Experimental		0%
Desearía tener más respeto hacia mi misma	Control	57.5%	
* Si	Experimental	70%	
* No	Control	32.5%	
	Experimental	25%	
	Control		10%
	Experimental		5%
A veces me siento inútil	Control	47.5%	
* Si	Experimental	67.5%	
* No	Control	47.5%	
	Experimental	32.5%	
	Control		5%
	Experimental		0%
Las mujeres solteras no deben tener niños, aunque deseen tenerlos	Control	20%	
* De acuerdo	Experimental	22.5%	
* En desacuerdo	Control	80%	
	Experimental	75%	
	Control		0%
	Experimental		2.5%
Antes de hacer algo considero como reaccionaran mis amigos	Control	65%	
* De acuerdo	Experimental	60%	

* En desacuerdo	Control	32.5%	
	Experimental	35%	
	Control		2.5%
	Experimental		5%
Algunas veces siento que no controlo suficientemente mi vida	Control	72.5%	
* De acuerdo	Experimental	75%	
* En desacuerdo	Control	25%	
	Experimental	20%	
	Control		2.5%
	Experimental		5%
A mi no me gusta ser una muchacha	Control	22.5%	
* Verdadero	Experimental	22.5%	
* Falso	Control	70%	
	Experimental	75%	
	Control		7.5%
	Experimental		2.5%

7.2 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Contrario a lo que se esperaba en la hipótesis de trabajo se observó que el embarazo no es un factor decisivo en el nivel de autoconcepto de las adolescentes que conformaron la muestra total. Considerando los resultados obtenidos a través de las distintas escalas del Tennessee y del cuestionario, sobresalió el hecho de que en las adolescentes que se han embarazado o son madres o las que no, su nivel de autoconcepto tendió a ubicarse en puntuaciones menores a lo normal(bajo).

En ambas muestras las adolescentes manifestaron ser objetivas al describirse a sí mismas y sentirse satisfechas con su forma de ser, en contraste para todas las adolescentes su papel dentro de su familia no es valorado, lo cual no les afecta de manera especial pues ni siquiera se sienten allegadas a ellas; sin embargo, se sienten valoradas por su círculo social.

Al considerar tales resultados conjuntamente con la información explorada a través del cuestionario, se puede concluir que durante la adolescencia el nivel de autoconcepto tiende a la ambivalencia, pues las distintas crisis que está viviendo durante esta etapa la mantienen en un proceso de constante adaptación.

Cabe destacar que en general el grupo experimental se ubicó ligeramente por arriba del control, lo que nos hace reflexionar acerca de que la condición experimental no influye en el nivel de autoconcepto. A continuación se especificarán algunas otras circunstancias que parecieron haber marcado más el nivel de autoconcepto en ambas muestras.

- * A través del cuestionario se pudo conocer que los conocimientos acerca de anticonceptivos en la adolescencia son confusos y vagos.
- * Se encontró que durante la adolescencia no se maneja un concepto claro acerca de la anticoncepción, y el uso de anticonceptivos se encuentra inmerso en mitos y tienen la creencia de que con ello afectan su comportamiento social y sexual.
- * Se observó una carencia del sentido de pertenencia hacia sus familias, por lo que las adolescentes de esta muestra tendieron a la búsqueda de vínculos afectivos estrechos en su grupo social y en dicha búsqueda muchas de ellas terminaron por iniciar una vida sexual activa a temprana edad
- * La imagen materna se percibe en la adolescente como la fuente de información más flexible y abierta debido a que a ella la consideran como la persona con la cual pueden entablar una conversación con respecto a la sexualidad. Por ello si consideramos que la adolescente se acerca más a las personas que percibe como más flexibles, podemos aceptar que el círculo de amigos es la fuente de información más común durante esta edad
- * Hablan de la sexualidad con distintas personas, pero finalmente no sienten la confianza para expresar sus dudas o inquietudes reales
- * No se sienten seguras de platicar o iniciar su vida sexual; aunque están abiertas al diálogo con su familia, en casa sólo se habla de aspectos fisiológicos básicos (menstruación); es en su círculo social donde tienen mayor apertura para hablar del ejercicio de su sexualidad, aunque cuando finalmente se ven inmersos en una vida sexual activa no sienten que exista ninguna persona de confianza a quien puedan recurrir.
- * El rol con la pareja cambia debido al compromiso que a veces implica el embarazo, por ejemplo una relación más formal

- * Cuando ocurre un embarazo la adolescente pasa de manera violenta a ser un adulto y se ve obligada a enfrentar problemas o situaciones para las que como adolescente no tiene elementos para afrontarlos; así mismo esto cambia su rol de pareja, específicamente en la comunicación que deberá ahora tener con ésta.
- * La mayoría de las adolescentes en el grupo control se negaron o prefirieron omitir sus respuestas en el área de relaciones sexuales, lo que habla acerca de la incomodidad al abordar temas como: el expresar su vida sentimental y sexual en contraste a las adolescentes del grupo experimental.
- * Durante la adolescencia la toma de riesgos es evidente y en algunos casos es indicativo, en el sentido de que la falta de autocuidado refleja la incapacidad para valorar las consecuencias de sus actos.
- * En esta etapa del desarrollo el entorno social se convierte en un marco de referencia al jugar un papel transcendental en el autoconcepto del adolescente

Reflexionando la información proporcionada por las adolescentes participantes, sugerimos trabajar las áreas especificadas en el cuestionario a nivel preventivo, más que exploratorio o diagnóstico, pues las necesidades que se reflejaron en ambos grupos dejaron ver que éstas se presentan durante toda la etapa de la adolescencia en menor o mayor grado, independientemente de las circunstancias que cada cual se encuentra viviendo, e incluso del sexo.

Esta atención preventiva no la sugerimos como una actividad exclusiva para el área educativa o clínica, en las que nos apoyamos para la realización del trabajo, sino como una actividad en la que se requiere fundamentalmente el apoyo de la familia, su círculo social y las instituciones que actualmente ya se encuentran dando apoyo a jóvenes.

Sugerimos en el caso de la maternidad durante la adolescencia, aceptarla como una situación real, no como un accidente que debe ser encubierto y en el que la adolescente debe ser defendida de su entorno social por la serie de mitos y creencias existentes en tal sociedad. Para ello es necesario hacer una revalorización y modificación de la cultura sexual. Propiciando así, mayor apertura en las instituciones laborales, educativas y sociales para la realización de trabajos de investigación, pues finalmente proporcionan una visión más clara y real de distintos problemas sociales y a la vez pueden beneficiarse al recibir una retroalimentación desde una perspectiva diferente al de dichas instituciones, en función de sus aciertos y sus necesidades; idealmente, también se esperaría que con la investigación surgieran elementos distintos a los ya existentes en las instituciones para posibles soluciones.

Sugerencias para otros tesisistas:

Abordar la problemática embarazo adolescente en una muestra más representativa.

Estudiar e indagar más acerca del autoconcepto en el adolescente para ayudarlo a adquirir herramientas que lo fortalezcan durante tal etapa.

Explorar qué tanto el rol de género afecta el autoconcepto cuando además encontramos el factor maternidad.

Indagar el papel y participación del adolescente varón en el proceso embarazo - maternidad.

Para las facultades y escuelas, promover escenarios para la investigación mediante acuerdos con instituciones y organizaciones sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aberastury, Arminda & Knobel, Mauricio. (1987). La adolescencia normal. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
2. Agüero, Ursula. (1994). Educación sexual y embarazo adolescente. FEM: Publicaciones Feministas, 133, 6-8.
3. Aguilar, J. A. (1994). El Programa Gente Joven de MEXFAM Adolescente. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.153). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
4. American Psychological Association (1999). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. México: El Manual Moderno.
5. Bernea F. M., Villarreal G. J., Leal F, J. (1994). Características somatométricas con la menarquia. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.166). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.

6. Bielher, R. F. & Snowman, J. (1983). Niveles de desarrollo cognoscitivo y psicosocial
México: Facultad de Psicología. UNAM. Mecanograma.
7. Bizquera, R. (1989) Métodos de investigación educativa. Guía práctica. Barcelona, España.:
CEAC.
8. Blum, Robert. (1994). Tendencias de salud del adolescente. En A. Monroy et al. (Eds.),
Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy,
Padres del Mañana. (pp.65-76). México: International Association for Adolescent Healt:
IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación
Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
9. Bowlby, Jonh. (1980). La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires, Argentina:
Paidós.
10. Bowlby, Jonh. (1981). Cuidado materno y amor. México: Fondo de Cultura Económica.
11. Bowlby, Jonh. (1989). Una base segura aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Buenos
Aires, Argentina.: Paidós.
12. Bralic, Sonia. (1978). Estimulación temprana. La importancia para el desarrollo del niño.
México: UNICEF.
13. Brooks Sowler, D. (1959). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires, Argentina: Kapeluz.

14. Carrillo, Ana María. (1990). Los Adolescentes y la sexualidad. Oaxaca: Población y Futuro, 1, 14-18.
15. Chodorow, Nancy. (1984). El ejercicio de la maternidad. Barcelona, España: Gedisa.
16. Consejo Nacional de Población. (1996). Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar. México: CONAPO. : Autor.
17. Contreras, P, A., Hernández, R, R., Magaña, V, M. (1994). Embarazo Adolescente. Preocupación Actual. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.179). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
18. Conway, Jill K., Bourque, Susan C., Scott Joan, W. (1987). El concepto de género. En M. Lamas (comp.), El género la construcción cultural de la diferencia sexual (pp.21-33). México, 1996: Programa Universitario de Estudios de Género: UNAM. Porrúa.
19. Coyote de Ramírez, Ninel. (1996). Consejos Médicos. ¿El desarrollo de mi hija adolescente es adecuado? [En red]. Disponible en internet: <http://www.mipediátra.com.mx/pubemuj.htm>:16 de febrero de 1998.
20. Craig, Grace. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

21. Cueli, J., Redil, L. (1997). Teorías de la personalidad. México: Trillas.
22. Delval, Juan. (1994). El desarrollo humano. Madrid, España. : Siglo XXI.
23. Ehrenfeld Lenkiewicz, Noemi. (1994a). Educación de la sexualidad: necesidad de investigación sociomédica y de análisis teórico. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p. 216). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
24. Ehrenfeld Lenkiewicz, Noemi. (1994b, marzo-abril). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Pública de México [En red], 36,2. Disponible en internet: <http://www.insp.mx/salud/36/362-5.html>. 16/02/98.
25. Erikson, Erick H. (1972). Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI. (1986).
26. Escutia Lugo, Georgina. , Escutia Lugo, Patricia. (1992). Rasgos de personalidad de la adolescente soltera embarazada. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México.
27. Flavell, John H. (1983). La psicología evolutiva de Jean Piaget. México: Paidós.

28. Forrest, Jaqueline. (1994). El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes: Latinoamérica y los Estados Unidos. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.78-98). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
29. Friedman, Herbert. (1994). Promoción de la salud adolescente, principios de una intervención efectiva. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp. 130-138). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
30. García, S. (1994). Experiencia cubana de intervención en adolescentes y jóvenes. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p. 157). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
31. García Viveros, Mariano. (1994). La educación y los valores. Propuesta de programa de Educación para la salud a la adolescencia. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del

- Mañana. (pp. 29-34). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
32. Godínez, G. M. E. y cols. (1994). Información de la madre adolescente sobre sexualidad y cuidados infantiles. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p. 222). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
33. Gutiérrez, Daniel. (1994). Perfil de la salud en los adolescentes latinoamericanos. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp. 35-45). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
34. Harper, Cinthya., Edenholon, Teresa., Housein, Everoid. (1987). Embarazo de la adolescente en América Latina y el Caribe. New York, Estados Unidos.: Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF), Región del Hemisferio Occidental.

35. Hernández Ponce, Martha Gabriela & Piña Ramírez, Ma. Juana. (1995). Revisión crítica desde una perspectiva de género. Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de México, Facultad de Psicología, pp. 4-24.
36. Henríquez, M. & Yunes, J. (1994). Adolescencia. Equivocaciones y Esperanzas. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.29-34). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
37. Hersh, Richard., Reimer, Joseph., Paolitto, Diana. (1988). El crecimiento moral de Piaget a Kohlberg. España: Narcea.
38. Hurlbut, Nancy L., McDonald Culp, Anne., Jambunathan, Saigeetha and Butler, Patrice. (1997). Adolescent mothers' self-esteem and role identity and their relationship to parenting skills knowledge. Adolescence, 32, 638-653. San Diego CA.: Libra Publishers.
39. Izazola-Licea, J. A., Valdez, M., Toberk, K. (1994). Prácticas sobre uso de condón y percepción de riesgo en adolescentes y adultos jóvenes. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.184). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.

40. Lamas, Marta. (1996). La antropología feminista y la categoría "género". En M. Lamas (Comp.), El género la construcción cultural de la diferencia sexual. (pp.97-125). México: Programa Universitario de Estudios de Género: UNAM. Porrúa.
41. Lamas, Marta. (1997). La categoría de género. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (p.25). México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
42. Lara, H. L. (1994). Adolescencia, familia y sexualidad. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.196). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
43. Loffredo, Sasha. (1994). ¿Las madres del mañana o las de hoy?. FEM: Publicaciones Feministas, 133, 9. México.
44. López Juárez, Alonso. (1994). "Gente Joven" responde a las necesidades de los jóvenes mexicanos. FEM: Publicaciones Feministas, 133, 6-8. México.

45. Lozano Treviño, Laura Ruth (Comp.). (1997). Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
46. Lutz, Elvira. (1997). Las adolescentes y su derecho al ejercicio de su sexualidad. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (pp.3-12). México: Desarrollo Integral para la Familia(DIF). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia(SNDIF). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
47. Macieira, M. (1994). Cómo planear mi vida. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.155). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.
48. Magaña Compean, María Rosa. (1988). Autoconcepto, adolescencia y familia. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
49. Mankeliunas, M. V. (1987). Psicología de la motivación. México(1991): Trillas.

50. Martínez, Jesús & Rubio, Rosario. (1997). El sexo en tres dimensiones. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (p. 26). México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
51. McKinney, John Paul; Fitzgerald Hiram, E.; Strommen Ellen, A. (1977). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Moderno. (1990).
52. Mejía, María Consuelo. (1997). Derechos. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (pp. 90-91). México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
53. Mendoza V. D. (1994). Perfil de salud reproductiva de los adolescentes en México. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp. 224-227). México: International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia: AMSA. Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA.

54. Mondragón Fragoso, Teresa., Monroy Velasco, Anameli., Morales García, Martha N. (1987). La fecundidad en la adolescencia. En J. Martínez Manautou (Ed.), Temas de Planificación Familiar. (29-35). México: Academia Mexicana de Investigación Demográfica Médica: AMIDEM / Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS.
55. Monroy De Velasco, Anameli. (1988). Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Washington: Organización Panamericana de la Salud: OPS. Organización Mundial de la Salud: OMS.
56. Monroy, A., Sumano, E., Tokin, R. (Comps.). (1994) Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
57. Montiel, M, M., Fernández, P, F., Avila M., Godinez, G, M, E. (1994). Problemas perinatales del embarazo adolescente. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.175). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
58. Moore Keith, L. (1975). Embriología Clínica. México (1985): Interamericana.

59. Morris, Leo. (1994). Salud reproductiva de los adolescentes latinoamericanos. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp. 46-52). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
60. Muñoz Fernández, Sergio. (1996). La identidad del adolescente. [En red]. Disponible en internet:http://ourworld.compuserve.com/homepages/ROBERTO_MURGUIA/adolesc.htm. 16/febrero/1998.
61. Myers, D. G. (1991). Psicología social. Madrid, España: Médica Panamericana.
62. Oñate, María Pilar De. (1989). El autoconcepto. Formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid, España: Narcea.
63. Organización Panamericana de la Salud: OPS. (1992). Mujer e historia. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (pp.23-24). México, 1997: México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
64. Palma, Irma. (1997). El embarazo adolescente desde una perspectiva de género. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres

Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (pp.13-22). México, 1997: México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.

65. Papalia Diane, E., Wendokos Olds, Sally. (1992). Psicología. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

66. Papalia Diane, E., Wendokos Olds, Sally. (1993). Desarrollo humano. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

67. Papalia Diane, E., Wendokos Olds, Sally. (1997). Psicología del desarrollo. Bogotá, Colombia: McGraw-Hill Interamericana, S.A.

68. Perrin Karen M. & McDermott. (1997). Instruments to measure social support. & related constructs in pregnant adolescents: a review. Adolescence, 32, 533-557. San Diego CA: Libra Publisher.

69. Petersen, A. (1994). Comentario. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescentes: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.53-57). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Association for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.

70. Piaget, Jean. (1964). Seis estudios de psicología. Barcelona, España: Planeta (1993).
71. Piaget, Jean & Inhelder, Barbel. (1969). Psicología del niño. Madrid, España: Morata (1984).
72. Pick de Weiss, Susan. & Martha, Givaudan. (1994). Embarazo no deseado. En Antología de la sexualidad humana III (pp. 81-104) México: CONAPO. Porrúa.
73. Población y Futuro. (1990, marzo). Adolescencia. [Editorial]. Oaxaca: Población y Futuro, 1,3-4.
74. Ramírez Flores, G. y cols. (1994). Programa educativo para madres adolescentes. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (p.149). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA
75. Real Academia Española (1992) Diccionario de la lengua española (21ª ed.). Madrid, España: Espasa-Calpe
76. Riveros, M. A., Lozano, I. (1994). Teoría de las actitudes aplicadas al componente salud reproductiva de un programa de educación sexual dirigido a Adolescentes: Colombia. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana.(p.178). México: Federación

Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.

77. Rodríguez Estrada, Mauro. (1988). Autoestima. Clave del éxito personal. México: Manual Moderno.
78. Rodríguez, R, G. (1994). Conceptos y métodos en la educación sexual. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.181-182). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
79. Rosemberg, Morris. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. México: Paidós.
80. Saenz Ferral, Arturo. (1994). Jóvenes en acción. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.118-120). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
81. Serrano, C. V. (1994). Estilos de vida sana y factores de riesgo. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.58-64). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.

82. Sharpes, Donald K. & Wang, Xinbing. (1997). Adolescent self-concept among han, mongolian and korean chinese. Adolescence, 32, 914-924. San Diego CA: Libra Publisher.
83. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. (1997). Programa de Círculos de Madres Adolescentes (C.M.A.). México: Autor.
84. Solís Alcántara, Josefina. (1991). Género, comportamiento de las mujeres en las relaciones sexuales y autoconcepto. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de México, 7-125.
85. Spitz, R. (1989). El primer año de vida del niño. México: Aguilar.
86. Suárez, Mayra. (1997) Autoestima. En L. R. Lozano, Treviño (Comp.), Programa Nacional de Prevención y Atención Integral a Madres Adolescentes. Reunión Nacional de Capacitación del Personal Operativo. Elementos Teóricos para el trabajo con embarazadas y madres adolescentes. (pp.77-80). México, 1997: México: Desarrollo Integral para la Familia: DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia: SNDIF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF.
87. Sumano, Enriqueta. (1994). Enseñanza sobre adolescencia en Medicina. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.139-141). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.

88. Susheela Singh, Wulf Delrdre. (1990). Adolescentes hoy, padres del mañana. Un perfil de las Américas. Bogotá, Colombia: Alan Guttmacher Institute: AGI.
89. Terán S; Monroy A. (1994). Familia de la madre adolescente, marco educativo y de capacitación. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.192-194). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
90. Toro, Olga Lucía. (1990). La Fecundidad Adolescente. Oaxaca: Población y Futuro,1, 23,24.
91. United Nations. (1989). Adolescent reproductive behavior. Evidence from developing countries: Vol. 2. New York, Estados Unidos: Departament of International Economical and Social Affairs. Population Studios: Autor.
92. Velasco Monroy, Leticia. (1994a). Diseño de un paquete didáctico a través de la evaluación cualitativa de un modelo educativo para madres adolescentes. Tesis de licenciatura, Universidad Intercontinental, Escuela de psicología. México.
93. Velasco Monroy, Leticia. (1994b). Institucionalización de modelos. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias Reunión de la Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.122-129). México: Federación Latinoamericana de

Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.

94. Velasco Monroy L., Monroy, A., Velasco, M., Maddaleno., Sainz, Arturo. (1994c). Redes de salud para los adolescentes. En A. Monroy et al. (Eds.), Memorias Reunión Latinoamericana sobre Salud Integral del Adolescente: Jóvenes de Hoy, Padres del Mañana. (pp.99-122). México: Federación Latinoamericana de Servicios de Salud Adolescente: FELASSA. International Asosiation for Adolescent Health: IAAH. Asociación Mexicana para la Salud de Adolescencia: AMSA.
95. Verkuyten, Maykel. (1995). Self-esteem, self-concept, stability and aspects of ethinc identy among minority and mahority youth in the Netherlands. Journal of youth and adolescence. A multidisciplinary research publication, 24, 157-159. San Diego CA Estados Unidos.
96. Vidal, M. (1992). Atención Temprana. Guía práctica para la estimulación del niño de 0 a 3 años. Barcelona, España: CEPE.

ANEXOS

ANEXOS

Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual y reproductiva durante la adolescencia

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

I. ESCOLARIDAD

1	¿Actualmente asistes a la escuela?	0/1/2	Sí / No
2	Si tu respuesta es no -Si has dejado la escuela-, ¿por qué razones ha sido? (Circula todas las respuestas que necesites)	0/1/2/3/4/5/ 6/7/8/9/10/ 11/12	Embarazo / Por cuidar a mi hijo / Por razones familiares / Por cuidar a mi hermano, hermana u otro pariente / Por razones económicas / Porque no era buena en la escuela / Por entrar a trabajar / Por buscar un trabajo / Por problemas de salud / Porque más escuela no es necesaria para trabajar / No me gustaba la escuela / Para casarme / Otra razón.
3	En general, dirías que tus calificaciones en la escuela son:	0/1/2/3	Buenas / Regulares / Malas
4	En el último mes ¿Qué tanto te has ido de pinta?	0/1/2/3/4	Muchas veces / Algunas veces / Pocas veces / Nunca
5	¿Qué grado o año estas cursando?	0/1/2/3/4	Escuela primaria / Secundaria / Escuela comercial / Preparatoria o bachillerato
6	Para el futuro, ¿qué tan importante es tener una buena educación?	0/1/2/3	Muy importante / Algo importante / Nada importante
7	¿Tu crees que podrás estudiar todo lo que quieres?	0/1/2	Estoy segura que si / No estoy segura
8	Con respecto a la escuela ¿cual es tu meta?	0/1/2/3/ 4/5/6/	Dejar la escuela tan pronto como yo pueda/ Terminar la secundaria, pero no estudiar más/ Estudiar en una escuela vocacional o técnica, después de la secundaria/ Estudiar la preparatoria después de la secundaria/ Estudiar la preparatoria y

		tomar más estudios en una universidad/ Otra
9	¿Qué tan importante es para tu familia que continúes estudiando después de la secundaria?	0/1/2/3 Muy importante/ Algo importante/ No les interesa
10	En la escuela tus padres quieren que seas	0/1/2/3 El mejor de la clase/ Igual que los demás/ Hacer lo mejor que pueda

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia*

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

II. ESTRUCTURA FAMILIAR

11 Normalmente ¿qué haces cuando sales de la escuela o trabajo? (Circula todas las respuestas que necesites)	0/1/2/3/4/5 /6/7/8/9/10/ 11/12	Veo a los amigos/ Leo libros o revistas que no me dejaron en la escuela/ Hago quehaceres de la casa/ Trabajo para ganar dinero/ Hago la tarea/ Voy a alguna clase o a veces hago algún deporte/ Veo televisión/ Convivo con mis hermanos o hermanas/ Convivo con mis padres/ Hago cosas con otras personas/ Voy a la guardería por mi hijo/ Voy a algún otro lado / Cuido a mi bebe.
12 Cuando estas en tu casa, ¿generalmente hay un adulto ahí?	0/1/2	Sí / No
13 ¿Viven tus padres?	0/1/2	Sí / No
14 Si tu respuesta es no ¿Cuál de ellos murió?	0/1/2	Ninguno / Papa / Mama / Ambos
15 ¿Qué edad tenias cuando murió?	(Edad)	(Edad)
16 ¿Tienes madrastra?	0/1/2	Sí / No
17 ¿Tienes Padrastro?	0/1/2	Sí / No
18 Tus padres están:	0/1/2/3/4/5/ 6/7/8/9	Casados / Casados y viven juntos / Casados y viven separados / Separados / Casados con otras personas / Divorciados / Nunca se casaron y viven juntos / Nunca se casaron y viven separados / Papa y mama unión libre
19 ¿Cuál de tus padres se ha vuelto a casar?	0/1/2/3	Mama / Papa / Ambos / Ninguno

20	Durante el mes pasado ¿Qué cosas hicieron juntos tu y tus padres?	0/1/2/3/4/5	Trabajamos en casa/ Realizamos tareas escolares/ Jugamos, hicimos deporte, paseamos/ Asistimos a reuniones familiares/ Ninguna
21	En tu casa existen reglas para: (Circula todas las respuestas que necesites)	0/1/2/3/4/5 /6	Ver t.v. / Salir / Hacer tus tareas / Organizar y hacer fiestas con tus amigos y amigas / Otras / No hay reglas
22	¿Qué tanto discuten tu y tus padres acerca de estas reglas?	0/1/2/3	Siempre / Algunas veces / Nunca
23	¿Quién usualmente toma las decisiones acerca de: a. Comprar tu ropa b Con quien de tus amigos salir c Qué tan tarde puedes llegar d Permisos e Cuánto tiempo puedes ver televisión	a1/a2/ a3/a4 b1/b2/ b3/b4 c1/c2/ c3/c4 d1/d2/ d3/d4 e1/e2/ e3/e4	Tu / Mamá / Papá / Alguien más
24	¿Que tanto te consienten tu mamá y papá?	0/1/2/3/4	Siempre me consienten / Algunas veces / Nunca / Solo tengo contacto con uno de ellos
25	¿Discutes con tu madre?	0/1/2/3	Siempre / Algunas veces / Nunca
26	¿Discutes con tu padre?	0/1/2/3	Siempre / Algunas veces / Nunca
27	¿Cuánto tiempo pasa tu mamá contigo?	0/1/2/3	Mucho tiempo / Quisiera pasar mas tiempo con ella / Nunca
28	¿Cuánto tiempo pasa tu papá contigo?	0/1/2/3	Mucho tiempo / Quisiera pasar mas tiempo con el / Nunca

29 ¿Cuánto afecto recibes de tu madre?	0/1/2/3/4	Todo el afecto que quiero / Menos de lo que quiero / No quiero el afecto de ella / Nunca
30 ¿Cuánto afecto recibes de tu padre?	0/1/2/3/4	Todo el afecto que quiero / Menos de lo que quiero / No quiero el afecto de el / Nunca
31 ¿Qué tan seguido tu y tu mamá hacen cosas juntas que disfruten?	0/1/2/3	Siempre /Algunas veces /Nunca
32 ¿Qué tan seguido tu y tu papá hacen cosas juntos que disfruten?	0/1/2/3	Siempre /Algunas veces /Nunca
33 ¿Tu mamá te entiende?	0/1/2/3	Siempre /Algunas veces / Rara vez /Nunca
34 ¿Tu papá te entiende?	0/1/2/3	Siempre /Algunas veces / Rara vez /Nunca
35 De las siguientes oraciones, dime cuales se parecen a las que tu mamá y tu papa dicen o hacen	a1/a2/ a3/a4/ a5/a6	Mama Siempre/Mama A veces/Mama Nunca/ Papa Siempre/ Papa A veces/ Papa Nunca
a. Te impone reglas concisas y claras	b1/b2/ b3/b4/	
b. Te tiene confianza de cómo te comportas cuando ella no está presente	b5/b6 c1/c2/ c3/c4/ c5/c6	
c. Es firme contigo y consigue que tu hagas lo que ella quiere	d1/d2/ d3/d4/ d5/d6	
d. Quiere saber donde estas y que haces	e1/e2/ e3/e4/	
e. Te anima a que siempre seas la mejor	e5/e6 f1/f2/	
f. Te quiere y se interesa en	f3/f4/	

ti	f5/f6	
g. Te deja saber que ella aprecia el esfuerzo que haces	g1/g2/ g3/g4 g5/g6	
h. Espera que tu cambies día con día	h1/h2/ h3/h4 h5/h6	
36 ¿Quiénes consideras influyen en tu manera de ser y de comportarte? Marca todas las que necesites.	0/1/2/3/4/5 /6/7/8/9/10/ 11/12/13/ 14/15/16	Papá o padrastro / Mamá o madrastra / Mamá o papá / Un maestro / Un hermano / Una hermana/ Esposa o esposo / Otro pariente / Una amiga de la misma edad / Un amigo de la misma edad / Un orientador / Un compañero de trabajo / Otra persona / Nadie
Cuando tu estas preocupado o triste, ¿quién la mayoría de las veces habla contigo acerca de tus sentimientos:	0/1/2/3/4/5 /6/7/8/9/10/ 11/12/13	Mamá quien esta en casa / Papá quien vive en casa/ Papá aunque no vive en casa / Mamá aunque no vive en casa / Madrastra / Padrastro / Hermana(o) o Hermanas(os) / Amigo(s) / Otro pariente / Otro adulto / Nadie / Esposo
37 En el último mes ¿Cuántas veces dormiste fuera de casa?	(Numero)	(Numero)
38 Anota el sexo y el parentesco de toda la gente con la que vives actualmente	0/1/2/3/4/ 5/6	Mama / Papa / Hermanos / Otros parientes / Pareja / Hijos
39 Entre tus hermanos eres el número:	(Numero)	(Numero)

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia*

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

**III. COMUNICACIÓN ACERCA DE SEXUALIDAD CON LA FAMILIA,
AMIGOS Y MAESTROS**

40	Siento que puedo preguntar a mis padres acerca del sexo	0/1/2/3	Sí / Algunas veces / No
41	Tus padres tienen reglas acerca de con quién, cuando y que tan frecuente puedes tener citas	0/1/2	Sí / No
42	Mis amigos creen que se debe esperar hasta el matrimonio para tener relaciones sexuales	0/1/2/3	Todos / Algunos/ Ninguno
43	En el círculo de mis amigos se aprueba el tener relaciones sexuales antes del matrimonio	0/1/2	Sí / No
44	Puedo hablar con mi pareja acerca de lo que me gusta o disgusta sexualmente	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces /Siempre/ No es mi caso
45	Si mi pareja me presiona para tener relaciones sexuales, yo puedo decirle "no"	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces /Siempre/ No es mi caso
46	Cuando tienes relaciones sexuales con tu pareja y deseas utilizar algún anticonceptivo ¿cuánto insistes en utilizarlo?	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces /Siempre/ No es mi caso
47	Hablo con mis amigos acerca del sexo	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces /Siempre/ No es mi caso
48	Hablo con mis amigas acerca del sexo	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces /Siempre/ No es mi caso
49	Hablo con mis padres acerca de la sexualidad	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces /Siempre/ No es mi caso

50	Mi pareja y yo hablamos acerca de tener o no relaciones sexuales	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces / Siempre / No es mi caso
51	Hablo con mi pareja acerca de la anticoncepción	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces / Siempre / No es mi caso
52	Hablo con mis amigos acerca de la anticoncepción	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces / Siempre / No es mi caso
53	<p>Qué tanto hablas con tus padres acerca de:</p> <p>a. Tener relaciones sexuales en la adolescencia</p> <p>b. B. Cuál conducta sexual es correcta y cual no</p> <p>c. Lo qué piensan mis amigos acerca del sexo</p> <p>d. Anticoncepción</p> <p>e. Las razones por las cuales no debo tener sexo a mi edad</p> <p>f. Como mi vida ha cambiado, principalmente con ellos desde que soy una adolescente</p> <p>g. Enfermedades de transmisión sexual</p> <p>h. Besos y caricias</p>	0/1/2/3/4	Nunca / Algunas veces / Siempre / No es mi caso
54	En los últimos tres meses ¿de quién has obtenido información acerca de sexo, enfermedades de transmisión sexual o anticoncepción? (Circula todas las respuestas que necesites).	0/1/2/3/4/5/ 6/ 7/8	Hermano(s) o hermana(s)/ Amigos del mismo sexo / Amigos del sexo opuesto / Consejeros escolares, maestros / Doctores, enfermeras / Un servicio de planificación familiar / No he recibido información / Otro
55	Piensas que puedes hablar de lo que realmente pasa con tu sexualidad	0/1/2/3	Siempre / Algunas veces / Nunca

56 Qué tan frecuentemente tu mamá y tu papá escuchan tu punto de vista?	0/1/2/3	Frecuentemente / Algunas veces / Dificilmente
57 ¿ Del siguiente listado marca todos aquellos temas de los que has hablado con tus padres, antes de que tú cumplieras los 18 años.	0/1/2/3/4/5	La menstruación / Cómo ocurre el embarazo / Enfermedades venéreas / Métodos de control natal / Ninguno de los anteriores
58 Con quien hablaste acerca de los temas anteriores?	0/1/2/3/4/ 5/6	Solo con mi madre / Solo con mi padre / Con cada uno de ellos pero nunca con los dos juntos / Con los dos juntos, muy pocas veces / Con ninguno / Otros
59 ¿Alguna vez has tenido alguna clase en la escuela acerca de salud sexual y reproductiva?	0/1/2	Sí / No

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia*

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

**IV. CONOCIMIENTOS GENERALES DE ANTICONCEPCIÓN Y EMPLEO DE
ANTICONCEPTIVOS**

60 Si tu respuesta es sí, ¿en cuál de los siguientes lugares obtuviste dicha clase? (Puedes circular más de uno)	0/1/2/3/4	Escuela primaria o secundaria / Preparatoria / Iglesia o escuela religiosa / Algún otro lugar
61 Si tu respuesta es no, te gustaría recibir clases de acerca de salud sexual y reproductiva	0/1/2	Sí / No
62 Esta es una lista de métodos anticonceptivos que algunas personas utilizan para el control natal y la planificación familiar. Por favor marca todas aquellos de los que conozca su uso	0/1/2/3/4 /5/6/7/8 /9/10/11 /12	Píldora / Condón / Espermaticidas en jaleas, espumas o crema/ Ritmo / Ovulo (antes de la relación sexual) / Retiro del pene antes de eyacular / Diafragma con jalea o crema / Ducha vaginal / Dispositivo intrauterino (DIU) / Salpingoclasia (ligamento de trompas) / Vasectomía / Algún otro
63 Esta es una lista de métodos anticonceptivos que algunas personas utilizan para la planificación familiar. Por favor marca todas aquellas de los que conozcas su uso.	0/1/2/3/4 /5/6/7/8 /9/10/11 /12	Píldora / Condón / Espermaticidas en jaleas, espumas o crema/ Ritmo / Ovulo (antes de la relación sexual) / Retiro del pene antes de eyacular / Diafragma con jalea o crema / Ducha vaginal / Dispositivo intrauterino (DIU) / Salpingoclasia (ligamento de trompas) / Vasectomía / Algún otro

64 De la siguiente lista de métodos anticonceptivos marca cual empleas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual	0/1/2/3/4 /5/6/7/ 8/9/10/ 11/12	Píldora / Condón / Espermaticidas en jaleas, espumas o crema/ Ritmo / Ovulo (antes de la relación sexual) / Retiro del pene antes de eyacular / Diafragma con jalea o crema / Ducha vaginal / Dispositivo intrauterino (DIU) / Salpingoclasia (ligamento de trompas) / Vasectomía / Algún otro
65 ¿Qué método piensas que es el más efectivo para evitar el embarazo?	0/1/2/3/4 /5/6/7/8 /9/10/11 /12	Ninguno / No se / Condón / Dispositivo intrauterino (DIU) / Píldora / Ritmo / Retiro del pene antes de eyacular / Abstinencia / Espermaticidas en jaleas, espumas o crema/ Ovulo (antes de la relación sexual) / Diafragma con jalea o crema / Ducha vaginal / Salpingoclasia (ligamento de trompas) / Vasectomía / Algún otro
66 ¿Conoces algún otro método?		
67 ¿Has tenido relaciones sexuales?	0/1/2	Sí / No
68 La primera vez que tuviste relaciones sexuales, ¿tú o tu pareja utilizaron algún método anticonceptivo?	0/1/2	Sí / No
69 Si tu respuesta es Sí ¿Qué método utilizaron tú o tu pareja?	0/1/2/3/4 /5/6/7/ 8/9/10/ 11/12/13	Píldora / Condón / Espermaticidas en jaleas, espumas o crema/ Ritmo / Ovulo (antes de la relación sexual) / Retiro del pene antes de eyacular / Diafragma con

		jalea o crema / Ducha vaginal / Dispositivo intrauterino (DIU) / Salpingoclasia (ligamento de trompas) / Vasectomía / Algún otro / No hemos utilizado
70 ¿Cada vez que tienes relaciones sexuales usas algún anticonceptivo?	0/1/2	Sí / No
71 Durante el último mes ¿Cuáles de los siguientes métodos han utilizado tú o tu pareja?	0/1/2/3/4 /5/6/7/ 8/9/10/ 11/12/13	Píldora / Condón / Espermatocidas en jaleas, espumas o crema/ Ritmo / Ovulo (antes de la relación sexual) / Retiro del pene antes de eyacular / Diafragma con jalea o crema / Ducha vaginal / Dispositivo intrauterino (DIU) / Salpingoclasia (ligamento de trompas) / Vasectomía / Algún otro / No hemos utilizado
72 ¿Cuándo te embarazaste, tú o tu pareja utilizaban algún anticonceptivo?	0/1/2/3	Siempre / Algunas veces / Nunca

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia
Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.*

**V. ACTITUDES HACIA LAS RELACIONES SEXUALES Y ACTITUDES
HACIA EL EMPLEO DE ANTICONCEPTIVOS**

73	Va en contra de mis principios morales tener relaciones sexuales mientras sea un adolescente soltero	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
74	Está en contra de los principios morales de mis padres el que yo tenga relaciones sexuales mientras sea un adolescente soltero	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
75	Respeto mucho las ideas y opiniones de mis padres acerca del sexo	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
76	Mis principios morales y creencias acerca del sexo son como las de mis padres	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
77	Yo decido mi conducta sexual	0/1/2/3	Nunca / Algunas veces / Siempre
78	Si me niego a tener relaciones sexuales me siento:	0/1/2	Cómoda / Incómoda
79	Vivir con mi pareja antes de casarme	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
80	Que una joven de 14 a 17 años de edad pueda tener relaciones sexuales antes de casarse	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia*

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

VI. RELACIONES SEXUALES

81	¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera menstruación?	(Edad)	(Edad)
82	¿Tu menstruación se ha presentado mensualmente siempre?	0/1/2	Sí / No
83	¿Acostumbras a anotar la fecha de tus períodos menstruales?	0/1/2	Sí / No
84	¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	(Edad)	(Edad)
85	¿Cuántos de tus amigos(as) han tenido relaciones sexuales o han hecho el amor?	0/1/2/3/4	Todos / La mayoría de ellos / Solo unos cuantos / Ninguno
86	Durante el mes pasado ¿cuántas veces tuviste relaciones sexuales?	(No de veces)	(No de veces)
87	En los últimos tres meses ¿Qué tan frecuentemente has tenido relaciones sexuales?	0/1/2/3	Muchas veces / Pocas veces / Nunca
88	¿El número de relaciones sexuales que has tenido es satisfactorio para ti?	0/1/2	Sí / No
89	¿Con cuantos hombres has tenido relaciones sexuales en tu vida?	(No de hombres)	(No de hombres)
90	¿Con cuántas parejas diferentes has tenido relaciones sexuales en el último año?	(No de hombres)	(No de hombres)
91	Alguna vez fuiste forzada a tener sexo en contra de tu voluntad o fuiste violada?	0/1/2	Sí / No
92	Si tu respuesta es sí ¿Qué edad tenías cuando esto paso?	(Edad)	(Edad)
93	¿Alguna vez has tenido sexo con alguien desconocido?	0/1/2	Sí / No

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia*

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

VII. COMUNICACIÓN CON LA PAREJA

94	¿Has tenido una pareja estable?	0/1/2	Sí / No
95	Si tu respuesta es sí, ¿Cuántos años tenías cuando tuviste tu primera pareja o novio estable?	(Edad)	(Edad)
96	¿Qué tan frecuentemente tu y tu pareja se platican acerca de lo que paso en el día?	0/1/2/3	Siempre / A veces / Algunas veces
97	Tus discusiones con tu pareja son acerca de :	0/1/2/3/4 /5/6/7/8/9 /10/11 / 12 / 13	Ayuda en la casa / Ayuda con los hijos / Actitud con los hijos / Tu(s) hijo(s) / Dinero / Sexo / Religión / Tiempo libre / Alcohol u otras drogas / Celos por otra mujer u hombre / Otra mujer u hombre / Parientes políticos / Nunca discutimos

Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual

y reproductiva durante la adolescencia

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

VIII. EMBARAZO Y RESOLUCIÓN

98	Si estas embarazada ¿Cuántos meses tienes de embarazo?	(Meses)	(Meses)
99	¿Cuántos años tenías cuando te embarazaste por primera vez?-	(Edad)	(Edad)
101	¿Cuántos años tenía el padre de tu bebé, cuando te embarazaste?	(Edad)	(Edad)
102	Si estas embarazada ¿Cómo piensas que terminará tu embarazo?	0/1/2/3/4 /5	Te casarás y tendrás al bebé / No te casarás pero tendrás a tu bebé y saldrás adelante / Tendrás al bebé y lo darás en adopción / Tendrás al bebé y lo darás a algún pariente para salir adelante / Intentarás un aborto
103	Durante tu actual embarazo, ¿has visitado a un doctor, una partera u hospital?	0/1/2	Sí / No
104	¿Cuántas semanas o meses de embarazo tenías cuando visitaste por primera vez a algún doctor, partera u hospital?	(semana, meses)	(semanas, meses)
105	Para el cuidado de tu embarazo, ¿a qué lugares asistes la mayoría de las veces?	0/1/2/3/4 /5/6/7/8	Centros de salud comunitaria / Clínicas de salud pública / Clínicas de planificación familiar / Partera / Hospital público / Hospital privado / Consultorio privado / Otra
106	Si estas embarazada, ¿Has dejado de tener relaciones sexuales por más de un mes?	0/1/2	Sí / No

107 Si tu respuesta es sí, la interrupción de tus relaciones sexuales se debió a (marca todas las opciones que necesites)	0/1/2/3/4 5/6/7	Por miedo o desilusión / Por el embarazo en sí / Por separación de la pareja / Por enfermedad, ¿Cuál? / Por que no saliste con amigos o pretendientes / Por cuidar a tu bebé / Otra razón
108 Si tu bebé ya nació, ¿cuántos meses tiene ahora?	(Meses)	(Meses)
109 ¿Cuándo el niño nació regreso a casa el mismo día o tuvo que permanecer mas tiempo en el hospital por razones de salud?	0/1/2/3/4 /5	Regreso a casa conmigo / Permaneció más tiempo / El niño se dio en adopción / No nació en el hospital / Murió en el hospital
110 ¿Qué pasó después del nacimiento?	0/1/2/3/4 /5/6/7/8 /9	Lo di en adopción/ El bebé vive conmigo / Mi bebé y yo vivimos con mi familia/ El bebé vive con algún pariente/ El bebé vive con su padre/ El bebe vive con la familia de su papa/ El bebé vive conmigo y con su papa/ El bebé vive en un internado o casa hogar/ Otra cosa
111 ¿Hubo algún problema cuando nació tu bebé?	0/1/2/3	Si / No /No lo se
112 Si tu respuesta es sí, el problema fue:	0/1/2/3	Para ti / Para el bebé/ Para los dos
113 ¿Cuál fue el problema?		
114 Dinos ¿ Cuántos hijos más tienes y qué edad tienen cada uno de ellos?	(No de hijos)	(No de hijos)
115 Con respecto al embarazo, la primera vez que tuviste relaciones sexuales pensabas que:	0/1/2/3/4	Querías evitarlo / Te cuidaste / No te preocupaste / No pensaba en eso
116 Cuando te embarazaste ¿Deseabas tener al bebé?	01/2/3/4	Si en ese momento/ Si pero después/ Nunca he deseado un bebé / Nunca pense en ello

117	Cuándo te embarazaste ¿ tu pareja quería que te embarazaras en ese momento?	0/1/2	Si / No
118	En el futuro, ¿tú y tu pareja piensan tener otro bebé?	0/1/2/3/4	Si / No / Mi pareja está en desacuerdo / No lo sé, lo que Dios decida
119	¿Cuántos hijos tú y tu pareja piensan tener?-	(No de hijos)	(No de hijos)
120	¿Qué tan segura estas que tendrás más bebés?	0/1/2	Muy segura / No muy segura
121	¿En cuántos años más piensas tener tu próximo bebé?	1	No lo se
122	¿A qué edad piensas tener tu último bebé?	1	No lo se
123	¿Alguna vez durante tu embarazo, pensaste en tener un aborto?	0/1/2	Si / No
124	¿Por qué rechazaste el aborto	0/1/2/3/4 /5/6/7/8	Salud madre-hijo / Arrepentimiento / No se pudo / Por creencias religiosas / Es mi responsabilidad / Me apoyo mi pareja / No lo considere / Lo deseaba o fue planeado / Por violación
125	Para tu manera de pensar, ¿en que caso es correcto para una mujer tener un aborto (señala todos los casos que lo crees conveniente)	0/1/2/3/4 /5/6/7	Si ha sido violada / Si no está casada / Si tiene 16 años o menos / Si ella quiere seguir estudiando y capacitándose / Si la familia la amenaza con correrla o la maltrata /Si ella no puede sostener económicamente al niño / Ninguna
126	¿Cómo reaccionaron tus padres ante la noticia de tu embarazo?	0/1/2/3/4 /5	Muy molestos / Les agradó un poco / Les agradó mucho / No se preocuparon fueron indiferentes / No saben

127 ¿Cómo reaccionaron tus amigos ante la noticia de tu embarazo?	0/1/2/3/4 /5	Muy molestos / Les agradó un poco / Les agradó mucho / No se preocuparon fueron indiferentes / No saben
128 Durante tu embarazo tu grupo de amigos te siguieron frecuentando	0/1/2	Si / No
129 ¿Como te sentiste tú ante la noticia de tu embarazo?	0/1/2/3/4	Feliz / Molesta / Indiferente / Deprimida
130 ¿Has participado en algún programa para Adolescentes Embarazada?	0/1/2	Si / No
131 Cómo parte de este programa tu recibiste:	0/1/2/3/4 /5/6/7/8	Atención médica y alimenticia para ti / Atención médica y alimenticia para tu hijo / Orientación / Orientación sobre cuidados del embarazo y del niño / Escuela para padres / Capacitación para el trabajo / Algo más / No he recibido ningún servicio

*Cuestionario sobre valores, conocimientos y actitudes hacia la salud sexual
y reproductiva durante la adolescencia*

Bello, Z. V., Poblano, A. A., Viveros, R. V.

IX. AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

132	Me va mal por no ver el riesgo de las cosas que hago	0/1/2	Si / No
133	Por que me gusta arriesgarme hago cosas peligrosas	0/1/2	Si / No
134	Siento que no tengo mucho de que estar orgullosa	0/1/2	Si / No
135	Tengo una actitud positiva hacia mí misma	0/1/2	Si / No
136	Desearía tener más respeto hacia mí misma	0/1/2	Si / No
137	A veces me siento inútil	0/1/2	Si / No
138	A veces pienso que no soy del todo buena	0/1/2	Si / No
139	¿Cuántos de tus mejores amigos son varones?	(Número)	(Número)
140	¿Cuántas mejores amigas tienes?	(Número)	(Número)
141	La mayoría de esos amigos: (circula una opción)	0/1/2/3/4/5	Están en el mismo grado que yo / Están en un grado más alto / Están en un grado más abajo / No están en la escuela / No tengo amigos cercanos / Son del trabajo
142	¿Qué tan frecuentemente te sientes solo y desearías tener más amigos? (circula una opción)	0/1/2/3	A veces / Siempre / Nunca
143	El lugar de la mujer es en la casa, y no en la oficina o las tiendas	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
144	Una esposa que trabaja es más útil que una que no tiene trabajo	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo

145	Es mucho mejor para todos considerar que el hombre luche fuera de la casa y la mujer cuide de la casa y la familia	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
146	Las mujeres solteras no deben tener niños, aunque deseen tenerlos	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
147	Es esencial para un muchacho conseguir el respeto de los otros	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
148	Yo admiro a las muchachas que son totalmente seguras de sí mismas	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
149	Una muchacha perderá respeto si habla acerca de sus problemas	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
150	Me molesta cuando las muchachas actúan como niñas	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
151	Las muchachas solo respetarán a un muchacho que le dicte reglas	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
152	En las citas de amistad una muchacha es en general la que se aprovecha del muchacho	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
153	Muchas muchachas disfrutan poniendo por los suelos a los muchachos	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
154	Comparado con la mayoría soy mas estricta acerca de lo que esta bien y lo que esta mal	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
155	Puedo ponerme fácilmente en el lugar de otros	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
156	Me aparto de los líos a toda costa	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
157	Antes de hacer algo considero como reaccionarán mis amigos ante esto	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
158	Lo que me pasa es consecuencia de mis actos	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
159	Algunas veces siento que no controlo suficientemente mi vida	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo

160	Cuando hago planes, estoy casi segura de que puedo cumplirlos	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
161	La buena o mala suerte juegan un papel importante en mi vida.	0/1/2	De acuerdo / En desacuerdo
162	Tacha verdadero o falso de acuerdo a tu punto de vista a. Casi siempre deseo ser o estar con alguien más b. A mi no me gusta ser una muchacha c. Los otros siguen mis ideas usualmente d. A veces siento que ya no puedo aprender más e. Me gusta mi forma de ser	0/1/2	Verdadero / Falso

ESCALA DE AUTOCONCEPTO TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA MEXICANA:
M. GUADALUPE GARCÍA ARELLANO Y F. DANIEL QUINTERO VARGAS.

INSTRUCCIONES:

EN LA HOJA DE RESPUESTAS QUE SE ENCUENTRA POR SEPARADO, EN EL CUADRO SUPERIOR PON TU NOMBRE Y LA OTRA INFORMACIÓN SOLICITADA, EXCEPTO LOS DATOS SOBRE TIEMPO, MÁS TARDE LLENARÁS ESTOS ESPACIOS. ESCRIBE ÚNICAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS, NO PONGAS NINGUNA MARCA EN ESTE CUADERNILLO.

LAS AFIRMACIONES DE ESTE CUADERNILLO ESTÁN PARA AYUDAR A DESCRIBIRTE COMO TU MISMO TE VES. POR FAVOR RESPONDELAS COMO SI TE DESCRIBIERAS ANTE TI MISMO Y NO ANTE NINGUNA PERSONA. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACIÓN, LEE CUIDADOSAMENTE CADA UNA, DESPUÉS SELECCIONA UNA DE LAS CINCO OPCIONES DE RESPUESTA, ENCIERRA EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE HAYAS ELEGIDO. SI DESEAS CAMBIAR UNA RESPUESTA DESPUÉS DE HABERLA ENCERRADO EN UN CÍRCULO, NO BORRES PON UNA X SOBRE LA RESPUESTA Y DESPUÉS ENCIERRA EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE DESEAS.

CUANDO ESTES LISTO PARA COMENZAR, LOCALIZA EN TU HOJA DE RESPUESTAS EL ESPACIO MARCADO COMO "HORA DE INICIO" Y ANOTA LA HORA. CUANDO TERMINES ANOTA LA HORA FINAL EN EL ESPACIO DE TU HOJA DE RESPUESTAS MARCADO COMO "HORA DE TERMINACIÓN".

RECUERDA, ENCIERRA EN UN CÍRCULO UN NÚMERO DE RESPUESTA PARA CADA AFIRMACIÓN.

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

ENCONTRARÁS LOS NÚMEROS DE RESPUESTA REPETIDOS EN LA PARTE SUPERIOR DE CADA PÁGINA PARA AYUDARTE A RECORDARLAS.

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

Item
No.

- 1 Gozo de buena salud..... 1
- 3 Soy una persona atractiva..... 3
- 5 Me considero una persona sucia 5
- 19 Soy una persona decente..... 19
- 21 Soy una persona honrada..... 21
- 23 Soy una persona mala..... 23
- 37 Soy una persona animada..... 37
- 39 Soy una persona calmada y tolerante..... 39
- 41 Soy un don nadie..... 41
- 55 Tengo una familia que siempre puede ayudarme en cualquier tipo de problema..... 55
- 57 Soy un miembro de una familia feliz..... 57
- 59 Mis amigos no tienen confianza en mi..... 59
- 73 Soy una persona amigable..... 73
- 75 Soy una persona popular con los hombres..... 75
- 77 Me es indiferente lo que hacen las otras personas..... 77
- 91 Me es difícil decir la verdad..... 91
- 93 Algunas veces me enojo..... 93

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
2 Me gusta mostrarme agradable y limpio todo el tiempo.....	2
4 Estoy lleno de achaques y dolores.....	4
6 Soy una persona enferma.....	6
20 Soy una persona religiosa.....	20
22 Soy un fracaso moral.....	22
24 Soy una persona moralmente débil.....	24
38 Tengo mucho control sobre mí mismo.....	38
40 Soy una persona odiosa.....	40
42 Me estoy volviendo loco.....	42
56 Soy una persona importante para mi familia y amigos.....	56
58 Mi familia no me ama.....	58
60 Siento que mi familia no confía en mí.....	60
74 Soy popular entre las mujeres.....	74
76 Soy malo (a) con todo el mundo.....	76
78 Me es difícil ser amable.....	78
92 Algunas veces pienso cosas tan malas como para hablar de ellas.....	92
94 Algunas veces, cuando no me siento bien me enojo.....	94

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
7 Ni soy gordo, ni flaco.....	7
9 Me gusta mi apariencia física.....	9
11 Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo.....	11
25 Me siento a gusto con mi conducta moral.....	25
27 Estoy satisfecho de mi relación con Dios.....	27
29 Debo ir más a la iglesia.....	29
43 Estoy satisfecho en ser justo lo que soy.....	43
45 Soy tan alegre como deber.....	45
47 Me desprecio a mí mismo.....	47
61 Estoy satisfecho con mis relaciones familiares.....	61
63 Entiendo a mi familia tan bien como debería	63
65 Debería confiar más en mi familia.....	65
79 Soy tan sociable como debería de ser.....	79
81 Trato de agradar a otros pero no exagero.....	81
83 Desde el punto de vista social, no soy bueno del todo.....	83
95 Me desagradan algunas personas que conozco.....	95
97 Algunas veces me río de chistes "colorados".....	97

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
8 Ni soy demasiado bajo, ni demasiado alto.....	8
10 Debería sentirme mejor.....	10
12 Debería tener más atractivo sexual (sex appeal).....	12
26 Me siento bien con mi religión tal como la practico.....	26
28 Deseo ser más digno de confianza.....	28
30 Debería evitar decir tantas mentiras.....	30
44 Estoy satisfecho con mi inteligencia.....	44
46 Me gustaría ser una persona distinta.....	46
48 Desearía no renunciar tan fácilmente como lo hago.....	48
62 Trato a mis padres tan bien como debería.....	62
64 Soy demasiado sensible con las cosas que me dice mi familia.....	64
66 Desearía querer mas a mi familia.....	66
80 Estoy satisfecho en mi trato con otras personas.....	80
82 Debería ser más cortes con los demás.....	82
84 Debo llevarme mejor con otras personas.....	84
96 Algunas veces chismoseo un poco.....	96
98 Algunas veces me gusta decir groserías.....	98

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
13 Me gusta cuidarme físicamente.....	13
15 Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.....	15
17 A menudo actúo torpemente.....	17
31 Soy fiel a mi religión en mi vida diaria.....	31
33 Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo cosas que están mal.....	33
35 Algunas veces hago cosas muy malas.....	35
49 En cualquier situación puedo cuidarme.....	49
51 Me siento culpable por cosas sin importancia.....	51
53 Hago cosas sin pensar antes acerca de ellas.....	53
67 Trato de ser amable con mi familia y mis amigos.....	67
69 Tengo verdadero interés en mi familia.....	69
71 Cedo ante mis padres.....	71
85 Trato de entender los distintos puntos de vista de otros compañeros.....	85
87 Me llevo bien con otras personas.....	87
89 Me es difícil perdonar a los demás.....	89
99 Prefiero ganar a perder un juego.....	99

COMPLETAMENTE FALSO	MAS O MENOS FALSO	EN PARTE FALSO Y EN PARTE CIERTO	MAS O MENOS CIERTO	COMPLETAMENTE CIERTO
1	2	3	4	5

	Item No.
14 La mayor parte del tiempo me siento bien.....	14
16 Soy malo en juegos y deportes.....	16
18 Duermo mal.....	18
32 La mayoría de las veces hago las cosas bien.....	32
34 Algunas veces utilizo medios injustos para obtener ventaja.....	34
36 Tengo dificultad al esforzarme para hacer que las cosa sean correctas.....	36
50 Mis problemas los resuelvo fácilmente.....	50
52 Cambio mucho mis ideas.....	52
54 Trato de escapar de mis problemas.....	54
68 Hago mi parte del quehacer en el hogar.....	68
70 Peleo con mi familia.....	70
72 Debería actuar como mi familia piensa que es correcto.....	72
86 Veo buenas cualidades en la gente que conozco.....	86
88 Me siento incomodo con otras personas.....	88
90 Me es dificil hablar con extraños.....	90
100 Algunas veces dejo para mañana lo que debería de hacer hoy.....	100

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN A POBLACIÓN UNIVERSITARIA
 MA. GUADALUPE GARCÍA ARELLANO
 FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5
33	1	2	3	4	5
34	1	2	3	4	5
35	1	2	3	4	5
36	1	2	3	4	5
49	1	2	3	4	5
50	1	2	3	4	5
51	1	2	3	4	5
52	1	2	3	4	5
53	1	2	3	4	5
54	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
68	1	2	3	4	5
69	1	2	3	4	5
70	1	2	3	4	5
71	1	2	3	4	5
72	1	2	3	4	5
85	1	2	3	4	5
86	1	2	3	4	5
87	1	2	3	4	5
88	1	2	3	4	5
89	1	2	3	4	5
90	1	2	3	4	5
99	1	2	3	4	5
100	1	2	3	4	5

7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
43	1	2	3	4	5
44	1	2	3	4	5
45	1	2	3	4	5
46	1	2	3	4	5
47	1	2	3	4	5
48	1	2	3	4	5
61	1	2	3	4	5
62	1	2	3	4	5
63	1	2	3	4	5
64	1	2	3	4	5
65	1	2	3	4	5
66	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
80	1	2	3	4	5
81	1	2	3	4	5
82	1	2	3	4	5
83	1	2	3	4	5
84	1	2	3	4	5
95	1	2	3	4	5
96	1	2	3	4	5
97	1	2	3	4	5
98	1	2	3	4	5

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
37	1	2	3	4	5
38	1	2	3	4	5
39	1	2	3	4	5
40	1	2	3	4	5
41	1	2	3	4	5
42	1	2	3	4	5
55	1	2	3	4	5
56	1	2	3	4	5
67	1	2	3	4	5
58	1	2	3	4	5
59	1	2	3	4	5
60	1	2	3	4	5
73	1	2	3	4	5
74	1	2	3	4	5
75	1	2	3	4	5
76	1	2	3	4	5
77	1	2	3	4	5
78	1	2	3	4	5
79	1	2	3	4	5
91	1	2	3	4	5
92	1	2	3	4	5
93	1	2	3	4	5
94	1	2	3	4	5

OCCUPACION ACTUAL		NOMBRE					
ESTADO CIVIL		EDAD		SEXO		ESCOLARIDAD NUMERO DE AÑOS	
FECHA	M		F				
HORA DE INICIO							
HORA DE TERMINACION							
TIEMPO TOTAL							

DISTRIBUCION DE RESPUESTAS

NOTA: Use las puntuaciones de la Hoja de Respuestas no de la Hoja de Puntuación al determinar esta colih-cación.

En los ítemes 1-90
 número de $\frac{5s}{4s} + \frac{2s}{1s} = 90$

$V/F = \frac{\text{---}}{\text{---}} + \frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$

En los ítemes 91-100 número $\frac{5s}{4s} \frac{3s}{2s} \frac{1s}{1s} = 100$

Número total de $\frac{5s}{x2} \frac{4s}{x1} \frac{3s}{x0} \frac{2s}{x1} \frac{1s}{x2} = \text{---}$

ESCALAS EMPIRICAS

OPo = $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$
 MG = $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$
 Pal = $(100 + \text{---}) - (\text{---}) = \text{---}$
 OPa = $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$
 N = $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$
 IP = $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$

TOTALES DE COLUMNAS					
Puntuación de Columna	Columna A	Columna B	Columna C	Columna D	Columna E
EP+N	<input type="text"/>				
Coefficiente Neto IP-N	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$
Castilla Total EP-N*	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$
Verdad de P+N	<input type="text"/>				

TOTALES DE FILERAS					
Puntuación de Fila EP+N	Fila 1	Fila 2	Fila 3	Fila 4	Fila 5
Castilla Total EP-N	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$	$\frac{\text{---}}{\text{---}}$
Verdad de P+N	<input type="text"/>				

* EP-N: Promedio de la suma de cada elemento de P-N. (suma de los elementos (sin cambiar el signo menos)).

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

WILLIAM H. FITTS, Ph. D.

ADAPTACION Y ESTANDARIZACION A POBLACION UNIVERSITARIA
 MA. GUADALUPE GARCIA ARELLANO
 FRANCISCO DANIEL QUINTERO VARGAS

V TOTAL COLUMNA $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$
 V TOTAL FILA $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$
 V TOTAL $\frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{---}$

