

20046



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

"MUJERES EMBARAZADAS ADOLESCENTES Y CONTROL PRENATAL"
ACTITUDES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE 15 A 19 AÑOS

T E S I S

288127

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
CRUZ COSMES | GABRIELA

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. LAURA RUTH LOZANO TREVIÑO
ASESORAS DE TESIS: ROSA ISABEL GARCIA LEDESMA
LAURA PALOMINO GARIBAY



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, EDO. MEXICO 200



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.



¿Pueden jugar a ser
madres o madres que
juegan a ser niñas?

AGRADECIMIENTOS

*A DIOS por estar siempre presente y darme la fe de creer en ti
en cualquier circunstancia y aferrarme a ella para no dejarme
caer y sobre todos por ser siempre mi amigo.*

A MIS PADRES gracias por darme su apoyo, comprensión y cariño a lo largo de mi vida y sobre todo por estar conmigo ayudándome a seguir adelante a pesar de las circunstancias que se han presentado a ti papá te agradezco por darnos la oportunidad de ser lo que nosotros decidimos y apoyar nuestras decisiones y esa fuerza que hay en ti manténla nunca la dejes caer. A ti mamá por ser el tronco en el que todos nos sostenemos y la vida que nos enseña más de lo que pedimos, eres un gran ejemplo tú eres mi mejor amiga gracias por apoyarme en todo. A los dos los quiero mucho y espero siempre apoyen mis decisiones.

A MIS HERMANOS por apoyarme, estar siempre a mi lado y aguantar mis malos ratos. Los quiero mucho y espero contar siempre con ustedes como hasta ahora. Saben que siempre cuentan conmigo.

ANA gracias por estar siempre conmigo en las buenas y en las malas y por la ayuda brindada en la elaboración de este trabajo.

LAURA RUTH por sus valiosas aportaciones en esta investigación, por su gran interés puesto en el transcurso de este trabajo y sobre todo por ser una gran persona.

ROSY Y LAURA por sus valiosas aportaciones y apoyo brindado en este trabajo.

ANGELICA BARRIENTOS por su apoyo brindado en la realización de esta investigación y por darnos la oportunidad de participar con ella.

GLORIA SANTOS por su colaboración en la iniciativa de este trabajo.

A TODAS aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este trabajo y han estado presentes en esta etapa de mi vida.

Gaby

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA	
1.1 Definición	4
1.2 Psicología de la adolescencia	6
CAPITULO 2. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	
2.1 Definición	10
2.2 Factores de riesgo que intervienen en un embarazo en la adolescencia	15
2.3 Consecuencias biopsicosociales del embarazo en la adolescencia	25
2.4 Mortalidad Materna	34
2.5 Principales causas de la mortalidad materna	40
2.6 Control prenatal	44
2.7 Factores relacionados con la no asistencia al control prenatal	50
CAPITULO 3. EL ESTUDIO DE LAS ACTITUDES Y LA PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD	
3.1 Estudio de las actitudes	53
3.2 La psicología social de la salud y salud reproductiva	59

CAPITULO 4. METODOLOGIA

4.1 Planteamiento del problema 69

4.2 Procedimiento 71

CAPITULO 5. RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Resultados 74

5.2 Discusión 96

CONCLUSIONES 99

REFERENCIAS 105

ANEXOS 106

RESUMEN

La presente investigación es una aportación tanto teórica como práctica en el área de la psicología social de la salud, ya que se estudian las actitudes de las mujeres embarazadas adolescentes ante el control prenatal.

En este trabajo se realiza una investigación teórica de los factores asociados con el embarazo en la adolescencia, la mortalidad materna, la psicología social de la salud y las actitudes. Además se realizó una parte metodológica.

El objetivo de esta investigación es **identificar las actitudes de las mujeres embarazadas adolescentes ante el control prenatal.**

Para evaluar las actitudes de estas mujeres se utilizó un cuestionario de escala tipo Likert, el cual fue validado en una etapa de piloteo de acuerdo a un análisis estadístico de Alfa de Crombarc. Con base en ello se reestructuró el instrumento, quedando así un cuestionario de 38 preguntas cerradas y cuatro preguntas abiertas, que contenían aspectos demográficos y actitudes relacionadas con los servicios de salud, aspectos sociales, familiares, personales y del control prenatal.

Con base en los resultados obtenidos se puede decir que existe una actitud favorable en relación al control prenatal; sin embargo el tiempo de espera y algunos factores asociados con la forma en la que la adolescente vive el embarazo crean una actitud desfavorable en relación a la asistencia a él.

INTRODUCCION

Actualmente la psicología se ha preocupado por estudiar al ser humano en sus diferentes medios y situaciones en la que esta viviendo para poder así contribuir al desarrollo y mejoramiento de diferentes instituciones, medios y desarrollo de diferentes profesionales, para tratar de resolver algunos problemas que se están presentando.

Es por ello que la psicología social se ha extendido al área de la salud, formando así un área de la psicología llamada *psicología social de la salud*. Dentro de esta área de la psicología, el estudio de las actitudes es una de las herramientas para intervenir en la solución de algunos problemas de salud pública, como es el caso de la mortalidad materna, pues se dice que una de las principales causas de este problema es la falta de asistencia al control prenatal.

Es así como los profesionales de la salud se interesan por conocer las causas de la falta de asistencia al control prenatal y una de las instituciones preocupadas por ellas es la Jurisdicción Sanitaria del Municipio de Tlalnepantla, que presenta esta propuesta de investigación. Retomando la necesidad que tiene esta institución, aunado a ella el embarazo en adolescentes, surge la realización del presente trabajo.

El objetivo para esta investigación es **identificar las actitudes de las mujeres embarazadas adolescentes ante el control prenatal.**

Para el cumplimiento de éste se desarrollaron los siguientes capítulos:

Capítulo 1. Adolescencia. Se desglosan diferentes conceptos de adolescencia y las principales problemáticas dentro de ella.

Capítulo 2. Embarazo en adolescencia. Se describen factores físicos, sociales, familiares y psicológicos que giran alrededor de las embarazadas adolescentes, así como aspectos relacionados con la mortalidad materna y el control prenatal.

Capítulo 3. Estudio de las actitudes y psicología social. Se describe el concepto de psicología social, de actitud y su relación con ella. La psicología

social de la salud y su relación con los estudios de género y la salud reproductiva.

Capítulo. 4. Metodología. En este capítulo se describe la metodología empleada en la investigación desarrollada en dos etapas: piloteo del cuestionario y aplicación del cuestionario final.

Capítulo. 5. Resultados. Describe los resultados obtenidos en la investigación y su discusión.

Finalmente se presentan las conclusiones a las que nos llevo la investigación.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

"Los seres humanos no nacen para siempre el día en que sus madres los alumbran, sino que la vida los obliga a parirse a si mismos una y otra vez".

Gabriel García Márquez

1.1 Definición

El concepto de adolescencia se establece a partir de una construcción social, por lo tanto, varía en el tiempo y en el espacio, y posee un componente fundamental de carácter histórico. Esto significa que existen diversos significantes y significados (sociales y lingüísticos) que encierran en sí mismos un conjunto de prácticas sociales particulares, las cuales se entienden a partir de sus especialidades y en el marco de un determinado contexto social.

Es por ello que con relación a este término se han encontrado múltiples definiciones, entre las cuales podemos citar las siguientes:

Edad de transición que sucede en la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo (Diccionario de la Real Academia Española, 1992)

Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto. Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influidas por el ambiente social y cultural (Merani, 1982).

Es un periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo. Ciertas culturas y subculturas reconocen un periodo de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas (Harré y Lamb, 1990).

Deriva de "adolescere", que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales. Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma, económica y socialmente. Psicológicamente, según Bühler, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto (Montenegro y Guajardo, 1994).

La adolescencia se refiere al desarrollo humano que va del final de la infancia al inicio de la edad adulta; en dicha etapa se presentan una serie de cambios biopsicosociales que transforman al niño en adulto, mediante un proceso de cambios interdependientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sociales (Monroy, 1990).

La adolescencia es un periodo de cambios, en que confluyen la biología, la anatomía y la cultura. Esta se ubica en la transición de una cultura infantil a una forma de ser, pensar y sentir que podemos definir como cultura adulta. Es un periodo donde se construye la identidad adolescente, en función de la forma en que se transforma su interacción con el mundo que habitan, personal, social y culturalmente. Y en el que las expectativas culturales, prescriben formas distintas de relación, con base en demandas de la sociedad (Arciga, 1997).

Estas definiciones ayudan a formar un concepto en el cual podemos

mencionar que la adolescencia es una construcción social que generalmente se refiere a una etapa de grandes cambios en la vida del individuo, ya que se va a convertir en todo un hombre o toda una mujer.

1.2 Psicología de la adolescencia

Durante esta etapa del desarrollo humano, la familia juega un papel muy importante; las relaciones entre los miembros de ésta determinan sustancialmente muchos de los comportamientos que presente el adolescente, pues evidentemente que la familia es el mediador entre el individuo y la sociedad. En la adolescencia se enfrenta más directamente la "brecha generacional", que puede llegar a ser un punto inevitable dentro del desarrollo familiar, presentándose una serie sucesiva de periodos de equilibrio-desequilibrio (Ortigoza-Corona, 1999).

Ferré (1997) señala que la adolescencia es una edad de notables cambios físicos e internos. Los primeros cambios externos que van a modificar el cuerpo son los que se originan por la maduración sexual. La hipófisis genera una serie de hormonas que estimulan el desarrollo de los órganos sexuales y de ciertas partes del cuerpo. La edad en que la glándula hipofisaria segrega este tipo de hormonas dependerá de factores biológicos y ambientales, por lo que es realmente difícil establecer cuándo se inician dichos cambios. A modo indicativo, en la niña suelen comenzar entre los ocho y los doce años, y en el niño entre los trece o catorce años. El primer signo externo del inicio de la pubertad será el aumento de estatura, que se deberá principalmente a un crecimiento de las piernas, y será un periodo en el que el niño y la niña presentarán una evidente desproporción entre la longitud de las piernas y el tronco.

Amado, Beltrán y Miranda (1994) explican la adolescencia en cuanto a una fase del desarrollo humano, tiene un punto de partida biológico y un desenlace psicológico y social:

- Desde el punto de vista biológico, su inicio está marcado por la aceleración final del crecimiento y el inicio del desarrollo sexual secundario y su terminación está marcada por la fusión de hipofisis y la terminación de la diferenciación sexual.
- Desde el punto de vista psicológico, está marcado por una percepción de un nuevo yo y concluye al tener una clara diferenciación del yo para poderlo compartir con una pareja (consolidación de la identidad y capacidad de tener relaciones heterosexuales estables)
- Socialmente es un periodo de preparación intensificado para la asunción de un papel adulto y su terminación está marcada cuando la sociedad otorga prerrogativas adultas plenas y el joven asume un rol laboral y marital del adulto.

Los cambios psicológicos que se presentan en la adolescencia tienen como característica principal la búsqueda de identidad. La causa de esto es que "cuando el adolescente se incluye en el mundo con este cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su aceptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo" (Aberastury y Knobel, 1994, pág.15).

En cuanto a las características sociales se dice que el adolescente se esfuerza más por tener un grupo de pertenencia (amigos) y de ser reconocido socialmente. La maduración sexual estimula el interés por las personas del sexo opuesto, la aparición de nuevas sensaciones, sentimientos y vivencias provocan cambios en la personalidad, surgen nuevas inquietudes y deseos (Guzmán y colaboradores, 1998).

Aberastury y Knobel (1994), indican que el adolescente busca la solución teórica de todos los problemas trascendentes y de aquellos a los que se verá enfrentado a corto plazo: el amor, la libertad, el matrimonio, la paternidad, la educación, la filosofía, la religión. La inserción en el mundo social del adulto -con sus modificaciones internas y su plan de reformas- es lo que va definiendo su personalidad y su ideología.

En esta etapa se logra el primer amor real, pues se busca, por las

características internas y estéticas de la pareja, el bienestar del otro; en esta etapa es cuando se une el deseo sexual al amor, comprendiéndose el acto sexual como una expresión de éste. En esta etapa es muy importante el logro de la identidad sexual como parte fundamental de la identidad del yo, asumiendo el adolescente los roles, actitudes, conducta verbal y gestual y motivaciones propias de su género; es necesario que esta identidad sea confirmada por otros y por ellos mismos para asegurar su propia aceptación y adaptación sexual (Montenegro y Guajardo, 1994).

Algunos sostienen que las diferencias de carácter entre hombres y mujeres son producto de factores biológicos innatos, pero no se debe olvidar que el proceso de socialización es responsable de la adquisición, formación y desarrollo de la mayoría de los roles sociales, incluyendo los sexuales. Los principales agentes de socialización que influyen en la identidad sexual alcanzada son la familia, los medios de comunicación, el grupo de pares y el sistema educacional. Éstos entregan tradicionalmente al hombre un rol instrumental, con una orientación cognitiva y énfasis en la asertividad, competencia e inhibición emocional. Y a la mujer, un rol de tipo expresivo, que implica ser el apoyo emocional dentro del sistema familiar, establecer relaciones interpersonales armoniosas y protectoras (Milicic, Alcalay y Torretti, 1994).

La división estereotipada de roles por género acarrea costos psicológicos, ya que implica una limitación para el desarrollo de una parte significativa de las características de la personalidad, pues hombres y mujeres se desarrollan "incompletamente" en muchas de sus capacidades, deseos y posibilidades. Esta situación ha llevado a diversos investigadores a replantear los roles sexuales de acuerdo con las necesidades actuales de nuestra sociedad (Milicic, Alcalay y Torretti, 1994).

El adolescente debe encontrar su identidad sexual, para lograrlo de forma íntegra será necesario que cuestione los patrones sexuales culturalmente asignados por género, dado que esta condición implica un desarrollo sesgado de las potencialidades de cada sexo, dándose la posibilidad de formarse de la manera más completa posible. Las actividades sexuales del adolescente son cada vez más frecuentes e íntimas, con el

consecuente riesgo de embarazo precoz que imposibilita al adolescente a vivir plenamente esta etapa, dando un salto hacia la adultez, sin las características necesarias que esa etapa exige.

Los estudios demuestran que gran proporción de adolescentes no casados son sexualmente activos, si bien muchos de ellos no tienen intercambio sexual frecuente. En muchos casos, son usuarios irregulares de anticoncepción o no usan anticonceptivo confiable alguno, exponiéndose así al embarazo no deseado. En ciertas culturas sigue siendo común el matrimonio de niñas adolescentes. Por lo general, estas adolescentes están bajo la presión de su familia y de la sociedad de tener hijos pronto después de contraer matrimonio. Por lo tanto, será necesario desalentar estos matrimonios precoces, ya que ponen en riesgo la salud de la mujer joven limitando su desarrollo futuro (Saludlatina.com).

Algunas características que son comunes en las y los adolescentes de México son las siguientes: generalmente se encuentran incorporados en alguna institución educativa, en algunos casos se dan a la tarea de buscar empleo, en su mayoría aún dependen económicamente de sus padres o de algún otro familiar, sienten gran apego a un grupo de adolescentes y en particular a una persona de sexo opuesto y los intereses que se tenían en la niñez cambian. En México también existen otros adolescentes que por su condición social de vida desde temprana edad se incorporan al mundo adulto, tienen que trabajar y no disponen de tiempo para compartir actividades con personas de su edad, incluso hay quienes tienen que responsabilizarse de su familia; sin embargo, viven las mismas inquietudes de cualquier adolescente debido a que comparten, tradiciones, costumbres, espacio geográfico, concepción de la realidad que les rodea, es decir, comparten la misma cultura (Espinoza, 1998).

CAPÍTULO 2

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

“Contempla con ojos radiantes el mundo que te rodea, porque los mayores secretos se esconden siempre donde menos se piensa. El que no cree en la magia nunca la encontrará”.

Gustave, Flaubert

2.1 Definición

Al hablar de embarazo nos estamos refiriendo a la unión del óvulo con el espermatozoide y tiene lugar en la trompa uterina desde donde, a través del movimiento de ésta, el óvulo fecundado es transportado al útero, lo cual se realiza aproximadamente en seis días. Durante este tiempo el producto o huevo se divide varias veces antes de llegar al útero, donde se implanta y continúa el desarrollo durante nueve meses, el tiempo en el cual se suspenderá la menstruación y la ovulación hasta que nazca el bebé. Es a partir de la implantación cuando se produce lo que se denomina embarazo (Espinoza, 1998).

Desde el punto de vista médico, el embarazo en cualquier edad es un estado temporal de la mujer, durante el cual se forma y desarrolla un nuevo ser. Se inicia con la fecundación y termina con la expulsión del producto y sus anexos (Ortigoza-Corona, 1999).

No obstante desde el punto de vista metodológico, el embarazo en la adolescencia no es asunto estrictamente fisiológico ni de manejo irresponsable de la sexualidad por parte de las personas adolescentes ni de familias disfuncionales ni falta de información sobre métodos anticonceptivos, sino que es producto de múltiples interrelaciones, de éstos y otros factores como la sociedad actual, cuestiones de género, entre otros; obedece al funcionamiento mismo de la sociedad; es la construcción de un modelo sobre el comportamiento sexual entre los miembros de esa sociedad lo que va a determinar que en un nivel más concreto los jóvenes expresen y manejen su sexualidad, ya sea de una manera más o menos adecuada, según esos parámetros sociales (Alfaro y Rojas, 1999).

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno que se ha incrementado

manera consciente y madura, biológica y psicológicamente, garantizado al nuevo ser un medio adecuado para su desarrollo biopsicosocial. Sin embargo, si hablamos de un embarazo en la adolescencia conlleva a ubicar el tema en el contexto de una sociedad que enfrenta, por un lado, la falta de espacios educativos, culturales, recreativos, laborales y de servicios de salud, todo ello aunado a los cambios físicos, psicológicos y sociales a los que se está enfrentado el adolescente en ese momento (Amado, Beltrán y Miranda, 1994).

Desde que una adolescente inicia su actividad sexual se encuentra ante una continua cadena de decisiones que implican riesgos como daño a la salud o que se presente un resultado indeseable. El grado de vulnerabilidad del adolescente está en relación con su historia anterior, con su susceptibilidad o fortaleza ante los cambios biológicos y psicosociales propios de la edad y, además, con los efectos de factores como los microambientes, la cultura y las políticas socioeconómicas. El embarazo es un riesgo para la salud integral de las adolescentes (Núñez, 1998).

El "ser madre" como ámbito de realización de la mujer dentro de un esquema de funcionamiento social ha sufrido grandes modificaciones. La maternidad sigue siendo muy importante en la vida de una mujer, pero no excluye otros proyectos e intereses. Estos proyectos e intereses son los que han crecido, desplazando temporalmente el advenimiento de la maternidad e institucionalizando otros espacios de realización social de los que antes estaba excluida.

A lo largo de la historia siempre ha habido madres adolescentes, pero las concepciones sobre la maternidad y la adolescencia han variado, se han transformado. Esas transformaciones han influido en la forma de concebir el fenómeno de la maternidad adolescente, y en su constitución misma como campo problemático. El embarazo adolescente comienza a aparecer como preocupación social en la década de los setenta. En 1974, la OMS comienza a prestarle atención dentro de la temática de la salubridad adolescente, lo plantea como un problema creciente y de capital importancia (Pino, 1998).

El embarazo en la adolescencia actualmente ha incrementado el

interés en México, al igual que en el resto del mundo, ya que constituye un importante problema de salud tanto por la morbilidad como por los problemas sociales que genera.

La maternidad prematura está relacionada con la edad a que las mujeres se casan, su nivel educativo y las normas culturales en las que se desarrollan. Mundialmente, los mayores niveles de maternidad en la adolescencia ocurren en sud-Sahara, donde más del 50% de las mujeres entre 20 y 24 años han tenido hijos antes de los 20 años; en América Latina y el Caribe, cerca del 30% lo han hecho antes de los 20 años (Salvia, 1995).

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, este número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El porqué los adolescentes practican el sexo y por que lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión (Papalia, 1998).

En 1990 hubo 521.826 nacimientos vivos de madres adolescentes, lo que representa el 12,5% de todos los nacimientos en Estados Unidos durante dicho año. De estas madres adolescentes, el 19.4% tuvo un niño una vez y el 4,0% había dado a luz dos veces. Cuando se comparó con otras naciones industrializadas, los Estados Unidos tienen una altísima tasa de embarazo, aborto y nacimientos de adolescentes, a pesar de que la estadística en cuanto a la actividad sexual es similar a la de otros países. Se estima que en Estados Unidos, a la edad de 20 años, el 40% de mujeres blancas y 64% de mujeres negras habrá experimentado por lo menos un embarazo (Stern, 1997).

Por otra parte, según datos citados en un artículo del Gire en 1996 cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo, lo cual representa poco más del 10% del total de nacimientos. El 80% de los nacimientos de madres adolescentes tienen lugar en los países en desarrollo. Hay una gran variación en las tasas de fertilidad de los

adolescentes entre los diferentes países, dependiendo de su grado de desarrollo y del promedio de edad al matrimonio. Por ejemplo, en Japón la tasa de fertilidad en mujeres entre los 15 y 19 años es de 4/1000, en México es de 82/1000 y en Mauritania es de 300/1000.

En 1990 existían en nuestro país 4,904,511 mujeres de entre 15 y 19 años, de las cuales 511, 642 (es decir, el 10.43 % de las adolescentes) ya tenían hijos. Además, en este mismo año se registró que 12,720 niñas entre los 12 y 14 años de edad dieron a luz. Esto significa que un total de 524,362 mujeres mexicanas de alrededor de 19 años ya son madres y muchas de ellas tienen más de un hijo (Stern, sin año).

En 1998 de los 2 millones 800 mil nacimientos que anualmente se registran en nuestro país, 454 mil corresponden a hijos de adolescentes menores a los 20 años, estimándose que en muchos de los casos se trata de embarazos no deseados. Tenemos así que la edad media nacional del primer embarazo es de 19 años; y que sólo el 36% de las mujeres unidas entre los 15 y los 19 años utilizan algún método anticonceptivo (www.dif.gob.mx).

Las cifras sobre embarazo adolescente seguramente son más altas, si consideramos que no todos los embarazos llegan a término, sea porque terminen en un aborto espontáneo o en uno inducido.

En una investigación internacional realizada por la Asociación no gubernamental para mejorar la vida de la mujer mediante un enfoque en la salud reproductiva (Ipas) en 1998 se encontró que gran parte de los nacimientos entre mujeres jóvenes de 15 a 19 años en América Latina no fueron planeados. Un tercio o más de todos los embarazos adolescentes no fueron planeados en siete de los 10 países latinoamericanos incluidos en este reporte. Aunque una importante proporción de las madres adolescentes afirman que su embarazo no fue planeado, más de la mitad dicen que el nacimiento sí fue deseado. Esto significa que la mayor parte de las adolescentes que se embarazan aceptan la maternidad sin importar que el embarazo haya sido resultado de un "accidente" o "descuido" debido a la falta de uso (o al mal uso) de los métodos anticonceptivos.

Esta misma investigación menciona que generalmente las adolescentes que descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado y sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo ([www. ipas.org](http://www.ipas.org)).

Ehrenfeld (1994) menciona que el lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. La decisión implica reconocer la existencia de una vida sexual activa, lo cual también tiene un alto costo social para la adolescente. Por otra parte, se desconoce el futuro de esas uniones debidas a un embarazo, su calidad, duración y las condiciones de protección, afecto y bienestar en que estarán la joven y el futuro niño. Un aspecto particularmente preocupante es que estas jóvenes tienen poca escolaridad y escasos recursos económicos.

La perspectiva de volver a la escuela es difícil con un hijo y, si bien no se ha cuantificado, la experiencia no parece indicar que lo hagan. Esto margina más a la joven ya que limita sus posibilidades en todos los sentidos. Es conocida la relación entre escolaridad y número de hijos y estas adolescentes tienen, al parecer, grandes limitaciones para garantizar una relación materno-infantil óptima.

En México y grupos hispanos en Estados Unidos, generalmente las madres adolescentes tienen baja escolaridad y abandonan la escuela antes del embarazo. Por otro lado, la maternidad adolescente puede profundizar la desventaja socioeconómica, a través de un mayor número de hijos y la formación de uniones inestables. Es más frecuente encontrar madres solteras o en unión libre dentro del grupo de madres adolescentes que entre aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 19 años. Esta condición conyugal lleva a las mujeres a trabajar o a depender económicamente de los familiares (Bonfil y Vania, 1998).

2.2 FACTORES DE RIESGO QUE INTERVIENEN EN UN EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es generalmente pocas veces buscado y esperado, dado que en esta etapa de la vida el individuo está cambiando y buscando su propia identidad. Es por ello que la influencia de diversos factores pueden incurrir en un embarazo adolescente, el cual puede ser producto de uno o diversos factores, dependiendo de la historia y el medio ambiente que rodee a cada una de las personas.

a) Factores personales

Estos factores se refieren a aquellas condiciones de vida, sucesos y circunstancias que determinan la historia personal del individuo, su percepción y actitud ante la vida en donde intervienen los valores, expectativas e incluso la autoestima.

Ortigoza-Corona y Carrasco (1999) mencionan que los factores personales que influyen son: la inmadurez intelectual, maduración sexual, inicio de una vida sexual, la búsqueda de identidad, la conducta inestable, pobres expectativas de vida, la habilidad de "convencer" del enamorado, los sentimientos de rechazo, abandono y soledad, la falta de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

Desde el nacimiento y, más marcadamente, desde la pubertad se van definiendo una serie de características físicas. Pero, paralelamente, y en relación con ello, también una serie de características de la manera de ser de cada uno se van decantando y definiendo, o estas características ya estaban definidas genéticamente y las van descubriendo.

Respecto a lo mencionado anteriormente, García (1993) plantea que la maduración biológica, implícita en la aparición de la menstruación y la eyaculación durante la adolescencia, da cuenta del inicio del periodo fértil en la vida del ser humano, por lo que entre los factores individuales de riesgo que se identifican en la conducta sexual temprana, están el inicio de la

menarquía temprana y el desarrollo corporal en las niñas.

Uno de los aspectos más importantes de nuestra manera de ser son los aspectos que se agrupan bajo la denominación de identidad sexual. Es el conjunto de características sexuales que nos hacen genuinamente diferentes a los demás: nuestras preferencias sexuales, nuestros sentimientos o nuestras actitudes ante el sexo. Simplemente, podría decirse que es el sentimiento de masculinidad o feminidad (con todos los matices que haga falta) que acompañará a la persona a lo largo de su vida, no siempre de acuerdo con su sexo biológico o d su genitalidad.

La identidad sexual es la combinación de muy diversos factores: biológicos, ambientales y psicológicos. El adolescente va descubriendo su propio cuerpo al tiempo que va descubriendo sus sentimientos, gustos y preferencias (Papalia, 1998).

En algunos casos otro factor que está presente es la ambivalencia ante un embarazo como fruto de ese amor confuso y maravilloso de la adolescencia.

Si a esto añadimos el afán por el riesgo y la baja percepción del mismo, característico en la adolescencia, podemos entender un poco mejor la situación que en muchos casos desemboca en un embarazo no deseado de la adolescencia.

La inestabilidad de las sociedades modernas, los adelantos tecnológicos y científicos que son utilizados de manera indiscriminada y mercantilista se aprovechan de la incapacidad crítica de los adolescentes y favorecen a que muchos de estos no logren ajustarse adecuadamente a su rol y se confundan fácilmente, ya que debido a los cambios a los que se están enfrentando presentan un cuadro de angustia, el cual si no es bien manejado por los padres principalmente, puede resolverse de una manera conflictiva, lo cual lleva a actuar inadecuadamente, sobre todo en la idea que se tiene del sexo y sin tomar en cuenta que existen otras prioridades en la vida. Es así como se ha encontrado que el 90% de los adolescentes hombres han tenido su primera relación sexual entre los 15 y los 20 años, y entre las

mujeres de esta edad, ya tenían experiencia sexual el 52% (Acosta, 1993).

b) Factores familiares

Son aquellos elementos, circunstancias y dinámica de la familia parental que predisponen a los adolescentes al embarazo. Entre estos son fácilmente identificados aspectos como: una familia en la que se presentan problemas de violencia intrafamiliar, indiferencia entre los miembros de la familia, ausencia de la figura paterna, la presencia de un padrastro o que la madre cambie de pareja frecuentemente, ser hija de una adolescente, así como vivenciar cercanamente la enfermedad crónica de un familiar o incluso su fallecimiento y la ambigüedad en la educación sexual.

Existe una fuerte asociación entre embarazo temprano en una generación y la edad de embarazo de la siguiente generación, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza (Bonfil y Vania, 1998).

Las familias en las cuales se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias construidas culturalmente y refinadas mediante las interpretaciones compartidas por la gente sobre una variedad de factores, incluyendo la longevidad, el acceso a las oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales, restricciones ambientales y necesidades familiares. Los tiempos de las transiciones en el curso de vida, pueden ser más acelerados; y la maternidad temprana puede representar una opción viable de desarrollo personal disponible en el contexto familiar (Barrios, 1993).

Bonfil y Vania (1998) consideran que la repetición del embarazo adolescente entre generaciones contribuye a la reproducción de la pobreza y su impacto puede observarse en este estudio hasta la tercera generación. La

repetición de la maternidad temprana contribuye a la pobreza a través de limitaciones económicas impuestas por uniones inestables y la ausencia de compañero y corresponsable económico. La desventaja socioeconómica asociada con la edad del compañero al momento del embarazo, con la poca importancia otorgada a la escuela y con un pobre contexto de desarrollo psicosocial para las hijas y los hijos también obran en el mismo sentido.

La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual (Vázquez y colaboradores, 1995).

Núñez (1998) establece que el embarazo de adolescentes se relaciona con las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

La madre que encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quién delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les pone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediatas (Núñez, 1998).

En algunas jóvenes el embarazo sería una de las maneras para satisfacer necesidades que no ha podido cubrir, o podría tomarse como una buena salida para el exceso de independencia o dependencia a la que se ven

sometidas. Mediante la posibilidad o fantasía de tener una relación estable de pareja, la adolescente "muy independiente" puede volver a restablecer algo de su dependencia, ahora ya tiene a alguien que la cuide y la proteja. Por otro lado, la adolescente muy forzada a permanecer en casa y a no independizarse, puede fantasear que alcanzaría cierta autonomía con una relación de pareja y salir de su familia (Barrios, 1993).

Se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes o con amigas o hermanas embarazadas en la adolescencia se preñan a la misma edad. La adolescente encinta suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá. Algunas jóvenes quedan embarazadas porque no vislumbran otra alternativa para su existencia y carecen de mayores aspiraciones, además de encontrar en las relaciones sexuales un apoyo y correspondencia emocionales que las ayuda a afirmar su femineidad. También idealizan y exigen demasiado de la maternidad, considerándola como una oportunidad para definirse a sí mismas. Así, su embarazo se convierte en una forma de "escapar" al proceso de maduración en la adolescencia (Bonfil y Vania, 1998).

Núñez (1998), considera que entre las explicaciones de este problema está que el ambiente del hogar es muy estresante o que provengan de familias inestables, con una figura paterna, marcada por la ausencia física del padre. A las madres de estas chicas se les ha descrito como competidoras y retintas, dominantes, con una relación simbiótica y ambivalente con su hija, la cual percibe a la madre como inadecuada; al padre se le ha descrito como una persona pasiva, poco afectiva, débil o ausente. La comunicación de problemas personales con la madre es poca o no existe. Con sus amigas tampoco platican mucho de relaciones sexuales premaritales o del uso de anticonceptivos. El tema más frecuente respecto a la conducta sexual y anticonceptiva, es el número de hijos que quisieran tener. Su nivel de conocimientos de cómo se embaraza alguien, es relativamente alto pero, al pasar al de la anticoncepción, decrece.

c) Factores sociales

Estos factores tienen que ver con características y condiciones de la comunidad, como son: el grupo de amigos, los medios masivos de comunicación, la educación institucional de la sexualidad, la falta de oportunidades de superación de los/las jóvenes, las presiones que hacen los amigos y la sociedad, el acoso sexual, el incesto, el abuso sexual y la violación.

Los embarazos de adolescentes se deben a menudo a la falta de información confiable sobre salud reproductiva. Al mismo tiempo, hay reticencia entre miembros de la comunidad y padres y madres de familia a proporcionar educación sexual, por miedo a un desmoronamiento de los valores morales. Sin embargo la pobreza de algunas familias y la posibilidad de ganar dinero fácil, hacen que algunos(as) adolescentes sean inducidos a mantener una actividad sexual temprana.

Stern (Sin fecha), menciona que la liberación sexual aunada a la edad temprana en la que se presenta la menstruación, probablemente ha contribuido a que la iniciación sexual se realice a una menor edad a la observada con anterioridad, particularmente en sectores de las clases medias, lo cual se ha dado al mismo tiempo un mayor acceso a la población, en particular de las mujeres, a la educación media y superior, así como a la posibilidad o necesidad de incluir en su proyecto de vida opciones diferentes o adicionales a la maternidad con la consecuente extensión del periodo de riesgo de un embarazo anterior a la unión o al matrimonio, que no ha ido acompañada por el desarrollo de una cultura y educación enfocados hacia un control responsable de la reproducción.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional).

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de anticoncepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100 %, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo (Stern, 1997).

Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

La ausencia de información veraz es muy común ya que los adolescentes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos como determinados mitos están hoy en día aún muy extendidos entre la gente joven. No es de extrañar si tenemos en cuenta que prácticamente la mitad de los jóvenes obtienen la información o de sus amigos, o de revistas y películas. La información que pueden facilitar los amigos es la que probablemente han obtenido de la misma educación, puede ser muy limitada y probablemente contaminada de los mismo prejuicios. Por otra parte la información obtenida de fuentes nada fiables como revistas o películas presentan una visión muy reduccionista de la sexualidad. Esto es un grave problema pues existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, es decir los jóvenes tienen la "ilusión de que saben", y por lo tanto no ven la necesidad de buscar información, por lo que actúan en base a dichas creencias erróneas (Stern, sin fecha).

Por otro lado muchos jóvenes que toman la decisión de informarse no saben dónde acudir. A veces lo saben, pero no lo hacen por vergüenza, porque no se atreven. Con la misma dificultad se encuentran a la hora de adquirir el método anticonceptivo, por norma general el preservativo. Otro factor es la ausencia de habilidades sociales o de autocontrol para exigir su utilización a la pareja.

Está muy extendida la idea de que la norma entre los jóvenes es mantener relaciones sexuales. Los adolescentes se sienten presionados por los comentarios de los amigos o por series de televisión que muestran jóvenes actores que son activos sexualmente ("sensación de vivir", "al salir de clase", etcétera.). Es lo que se conoce como presión de grupo, y que puede ser el impulso para hacer algo, aún sin estar plenamente convencido/a, por el simple hecho de creer que el resto del grupo lo hace. Además físicamente se sienten preparados para mantener este tipo de relaciones, aunque no lo estén desde el punto de vista social.

Por su parte Núñez y Rojas (1998) mencionan que el embarazo en la adolescencia no es consecuencia directa de la pobreza, por lo que se debe considerar la influencia de los valores sociales que impiden a las adolescentes desarrollarse en forma saludable. Las adolescentes no reciben el mismo trato que los adolescentes. Los adolescentes pueden seguir con su Capacitación, su libertad para desplazarse y practicar deportes, pero las adolescentes quedan fuera de circulación,

En general, se puede concluir que el riesgo potencial para las adolescentes de llegar a quedarse embarazadas incluyen:

- ⇒ Los tempranos contactos sexuales (la edad 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos durante la adolescencia).
- ⇒ El uso temprano del alcohol y/u otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos

amigos.

- ☞ La carencia de interés en la escuela, la familia o en actividades comunitarias.
- ☞ Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- ☞ Vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.
- ☞ Crecer en condiciones empobrecidas.
- ☞ Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual.
- ☞ Cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años.

Ortigoza-Corona y Carrasco (1999) consideran que los factores que propician en embarazo en la adolescencia están íntimamente relacionados los mencionan en el siguiente cuadro:

TABLA 1. FACTORES QUE PROPICIAN UN EMBARAZO NO DESEADO

PERSONALES	FAMILIARES	SOCIALES
Inmadurez intelectual.	Prolongadas crisis familiares.	Actitudes y valores sexuales
El surgimiento del deseo sexual debido a las hormonas.	Conflictos entre padres e hijos.	Condiciones y características propias de la comunidad.
Inicio de la vida sexual por a búsqueda de identidad y afecto como un rito de transición, propio del joven.	Fallecimientos o vivenciar enfermedades crónicas.	Los medios de comunicación.
Un pobre concepto de sí mismo, evadiendo la realidad.	Dobles mensajes.	La falta de oportunidades de superación.
El descuido por lo esporádico de las relaciones	Incomunicación.	La educación institucional que se ofrezca.
La falta de expectativas, sin un plan de vida.	Indiferencia o desafecto paterno y/o materno.	La presión de "hacer lo que los demás hacen".
La falta de asertividad para ser firmes en su negación.	Hijas únicas muy desatendidas.	Sexo forzado: acoso sexual, incesto, abuso y violación.
La desesperanza y el temor de abandono por su pareja	Un ambiente con problemas, pobreza y ausencia paterna.	Deficiencias en la educación sexual.
Soledad o pérdida de un ser querido, ya sea sentido, percibido o real.	Inestabilidad familiar y/o cambios de pareja paterno-materno	
Desconocimiento de los métodos anticonceptivos o prejuicios para su uso.	La presencia del padrastro o el abuso por parte de él.	
	Ser hija de una madre adolescente.	
	Una educación tradicional, cerrada, con mitos y tabúes.	

Fuente: Programa de salud sexual y reproductiva del adolescente. Salud Reproductiva, 1999. Pág. 185.

2.3 CONSECUENCIAS BIOPSIICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la adolescente sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

La maternidad en la adolescente, cuando se presenta de manera inesperada, se transforma en un problema biopsicosocial ya que afecta la salud física, aspectos familiares, sociales, económicos, culturales e individuales de la embarazada. Estas consecuencias al igual que los factores que influyen, son diferentes en cada persona, sin embargo podemos dar una explicación de algunas de ellas.

a) Consecuencias Biológicas.

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Tradicionalmente estas consecuencias orgánicas se habían explicado en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre. Sin embargo, investigaciones recientes llegan a la conclusión de que la inmadurez biológica es un factor muy importante sólo en las adolescentes

más jóvenes (menores de 15 ó 16 años).

Ehrenfel (1994), Stern (1994) y Rodríguez (citado en Aguilar, 1996) coinciden en que los aspectos biológicos y/o médicos que se presentan en las embarazadas adolescentes se refieren a que las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen mayores posibilidades de presentar abortos y partos prematuros o de requerir cesáreas o el uso de fórceps, también es frecuente que el trabajo de parto tenga mayor duración, lo que trae consigo sufrimiento fetal. Otras de las complicaciones que se pueden presentar son la toxemia y la eclampsia.

Vázquez y colaboradores (1995) mencionan que la adolescencia actúa sobre el embarazo como un factor de riesgo que mantendrá su acción potencial a lo largo de toda la gestación, el parto y el puerperio. Los peligros de la maternidad en esta etapa de la vida aumentan con una atención médica inadecuada y es frecuente encontrar anemia, enfermedad hipertensiva del embarazo y sepsis urinaria. Dentro de las complicaciones obstétricas el parto pretérmino, instrumentado o quirúrgico, los desgarros, los sangrados y la infección, mientras que en el neonato es frecuente encontrar bajo peso, Apgar bajo, distress respiratorio, infecciones y traumatismos obstétricos, con un riesgo muy alto de fallecer.

Por su parte los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más de probabilidades de tener bajo peso en el nacimiento que los que nacen de madres de 20 años o más. Esto es casi siempre por ser bebés prematuros, pero el retraso del crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) es también un factor. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol o abuso de drogas; alimentación inconsecuente y pobre; o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones, o dependencia química. El riesgo de muerte del bebé durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea (García, 1993).

Paz y colaboradores (1999) mencionan que la maternidad en las adolescentes implica un riesgo para su salud y la del producto desde que

comienza a gestarse, pues casi siempre son embarazos no deseados u ocultos, que impiden que reciban a tiempo una adecuada atención prenatal. En un estudio realizado por los mismos autores encontraron que, la tercera parte de las jovencitas ocultaban su estado o ya se encontraban en una fase avanzada de la gravidez al ser captadas, lo cual incidió no sólo en que la anemia y la preeclampsia ocuparan los primeros lugares entre las complicaciones, sino que fuera preciso realizar cesárea u otras maniobras en 9,4 % de ellas.

La mayor parte de los autores nos hablan de que el embarazo en la adolescencia trae consigo tanto riesgos para la madre como para el producto en gestación. Sin embargo, nos podemos encontrar con estudios que nos dicen lo contrario, como es el caso de Villanueva (1999) quien realizó un trabajo con el objetivo de determinar las características obstétricas de las adolescentes embarazadas y evaluar si el mayor riesgo proviene de los factores biológicos asociados a su edad.

Observó que las complicaciones médico obstétricas no difirieron en frecuencia entre las adolescentes embarazadas y las mujeres de 20 a 34 años de edad. Las condiciones al nacimiento del hijo de madre adolescente fueron satisfactorias en relación a otros grupos. Además no encontrar en las adolescentes, mayores riesgos de salud materna y perinatal (con excepción de las menores de 15 años), sin embargo esto no elimina las complicaciones sociales y psicológicas de tener un hijo en la adolescencia, ni la de otros riesgos a la salud como: la mayor mortalidad infantil entre el primer mes y el primer año de vida en el hijo de madre adolescente y el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social.

b) Consecuencias psicológicas

Las jóvenes madres enfrentan serios problemas psicológicos pues tienen que cortar bruscamente su proceso normal de desarrollo y asumir una maternidad temprana sin ninguna experiencia.

A partir de la confirmación del embarazo, se presentan una serie de reacciones psicológicas caracterizadas por el estado de crisis y tensión del adolescente con la idea de no saber qué hacer y esperar las críticas y "regañones" de las personas que lo rodean.

Núñez (1998) hace referencia a que un embarazo en esta etapa es un inicio temprano que conlleva modificaciones drásticas en toda la vida de las mujeres. Aun cuando el embarazo y parto transcurran sin problema, persisten los riesgos del desarrollo personal, del comportamiento reproductivo futuro y de su capacidad para establecer una relación materno-infantil adecuada. Asimismo, el bebé corre riesgos, aunque haya tenido la fortuna de nacer sin problemas biológicos. La capacidad de adaptación de la adolescente a circunstancias psicosociales dependerá tanto de sus propios recursos como del apoyo que reciba de su núcleo familiar.

La adolescente embarazada se encuentra ante una gran crisis, pues debe afrontar conflictos de identidad, autonomía y dependencia (propios de su edad), y deben aceptar los cambios que sufre su cuerpo. Esto es, deben salir de mujeres a madres de manera sumamente rápida, pues apenas se empieza afirmar como mujer, cuando ya es madre. El resultado de esta crisis es que la adolescente se siente frustrada, desolada, abatida, desamparada y con una muy baja autoestima, con frecuencia manifiestan ansiedad, depresión y hostilidad (García, 1998)

Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres (Pino, 1998).

"La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente (www.ops.méx.org.com).

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas. No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas, o causas y consecuencias a la vez. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones (www.ops.méx.org.com).

Las adolescentes embarazadas pueden tener diferentes tipos de reacciones emocionales algunas tal vez no quieran tener el bebé o lo pueden querer de manera confusa e idealizada. La adolescente puede ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que esto conlleva. Quizás quiere al bebé por tener alguien a quien amar, pero no se da cuenta de la atención que necesita la criatura. A menudo, las adolescentes no pueden anticipar que ese bebé tan adorable puede hacer demandas constantes o ser muy irritante. Algunas adolescentes se sienten abrumadas por la culpabilidad, ansiedad y el miedo al futuro. La depresión es muy común entre las adolescentes embarazadas (www.safemother.com).

Rodríguez (citado en Aguilar, 1996) menciona que ser madre puede

ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares y muy frecuentemente presenta sentimientos de minusvalía. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres, los cuales ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera y se sienten culpables ante la situación, y antes de reconocerlo se culpan mutuamente y proyectan sus sentimientos en la adolescente mediante reclamos, hostigamiento y hasta maltrato físico. En ocasiones obligan a sus hijas a contraer matrimonio precoz y forzado, del que la mayoría de las veces resulta un matrimonio inestable que fracasa y termina en divorcio.

Por su parte, Papalia (1998) menciona que cualquier mujer embarazada necesita estar segura de su capacidad para dar a luz y la embarazada adolescente, en especial la soltera, es especialmente vulnerable: cualquier decisión que tome acerca del embarazo, siempre tendrá sentimientos encontrados y recibe menos apoyo justo en el momento que más lo necesita, su novio puede asustarse por la responsabilidad y abandonarla, su familia puede enojarse con ella y sus amigos de la escuela pueden aislarla.

En nuestro país (México), Ortigoza-Corona y González-Labrada (1993) estudiaron 84 pacientes embarazadas, usuarias del Instituto Nacional de Perinatología INPER, y piensan que la conducta sexual y reproductiva de las adolescentes antes de casarse, el inicio más temprano de la menarca, el comienzo precoz de las relaciones sexuales, el aumento en la edad del matrimonio, los cambios en los valores morales debidos a la urbanización, la exposición a diversos patrones culturales, la influencia de los medios masivos de comunicación y la declinación de familias extensas, conforman una mezcla que al combinarse desembocan en una alta fecundidad adolescente. Encontraron, además, que la joven que tiene pareja se siente mejor y su actitud para participar en eventos sociales se hace más positiva. Realizar un trabajo remunerado influye en su seguridad y autonomía e incrementa su confianza y disposición a asistir a cursos.

c) Consecuencias sociales.

Estos embarazos, acarrean gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios. El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas ya que esta situación facilita que las mujeres en estas condiciones tengan menores posibilidades de obtener un empleo (s/a, 1995).

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo o que, en el caso de encontrarlo, esté mal pagado. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos o en muchos de los casos siguen siendo dependientes de los padres.

Las consecuencias que afectan a los padres adolescentes parecen depender, en gran medida, del grado que asuman su parte de responsabilidad en el embarazo. Si su implicación es grande, es muy probable que le afecten muchas de las consecuencias psicológicas y sociales similares a las de las adolescentes.

Cuando una chica y un chico se ven envueltos en un embarazo, ambos tienen que tomar importantes decisiones. Una de ellas es si continuará o no su relación y en qué condiciones. Otra es si formarán una familia propia o vivirán como una subfamilia en la casa de los padres o familiares. Aparte de esto, tienen que decidir cómo quieren que se resuelva el embarazo.

Todas estas decisiones pueden afectar notablemente a su relación y de ellas se pueden derivar distintas consecuencias para ambos. En concreto, aspectos como el fracaso matrimonial, el logro educativo, el nivel económico y algunos efectos sobre el posible hijo pueden depender de la decisión tomada.

Villanueva (1999) considera que socialmente la madre soltera es la mujer que se vio envuelta en una relación sexual poco consciente, de la que sale embarazada y a partir de la cual es abandonada porque el otro no puede o no quiere asumir su papel. Las consecuencias para una chica que pasa por este trance suelen ser desastrosas en nuestra sociedad; es repudiada por el coautor del embarazo, por la familia, por la escuela. Se ve obligada a suspender muchas de sus actividades, para ingresar prematuramente en tarea de supervivencia. O incrementa su dependencia con su familia original, de manera que su autonomía se torna muy lejana. Y las probabilidades de conectarse con otra pareja disminuyen porque está "manchada" por sus antecedentes sexuales. Es común que, si la familia no le da apoyo, tenga que juntarse con otro varón sin amor ni afecto, para cumplir con un rol intermedio entre ser mujer y ser su sirvienta. Esta situación se agrava en los sectores sociales donde las condiciones de vida son más duras, porque todo el problema se transforma en una cuestión de subsistencia, con graves consecuencias psíquicas para la madre y el niño.

También se produce el matrimonio forzado como una salida al problema. Esta alternativa es la más usual en sectores sociales medios y altos, donde las convenciones morales muestran otras características, donde las dificultades son menos económicas que éticas. En estos casos, se piensa que el ceremonial de la boda va a limpiar el "pecado", legalizando una sexualidad que se prefiere negar. Se piensa que basta con una formalización de las cosas para terminar con los conflictos y eliminar las culpas. Lo que suele ocurrir es el producto del matrimonio forzado son relaciones muy frágiles, que se pensaron para un momento y no para períodos más largos. Pero la fuerza de las convenciones sociales las consagra "hasta que la muerte nos separe", y lo que termina por separado no es la muerte sino la frustración, el odio, los maltratos, la incomunicación y "las sacadas de vuelta". La forma de llegar al divorcio en estos casos implica pasar por

verdaderas torturas de pareja, para recién identificar la posibilidad consciente de romper con el matrimonio (Paz y colaboradores, 1999).

Pero al igual que el embarazo, la unión libre o los matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares. Dado el estado de frustración y malestar psicológico que suelen tener los cónyuges, su falta de habilidades para resolver conflictos, los problemas económicos, el escaso conocimiento mutuo, y otra serie de factores, estos matrimonios acaban, tarde o temprano, fracasando, añadiendo así un elemento más a la secuencia de fracasos que suele iniciarse con un embarazo no deseado.

En una investigación realizada por los doctores Sereno, Castillo y Mendoza (1993), con pacientes del Instituto Nacional de Perinatología (INPER), y estudiaron a 237 adolescentes embarazadas. Hallaron que 42.19% vivía en unión libre; que todas tenían un soporte económico insuficiente ya que la persona de la que dependía, en 99 casos (41.78%) ganaba el salario mínimo y en 138 (58.22%) los ingresos de la familia eran menores a éste. En cuanto al grado de escolaridad, 12.65% no tenía ninguna; 43.35%, primaria incompleta; 24.05%, primaria completa; 10.12%, secundaria incompleta; 7.59%, secundaria completa y 2.10%, preparatoria. La edad en que se iniciaron en la vida sexual, en su mayoría fue a los 14, 15 y 16 años, (22.78%; 26.16% y 13.62% respectivamente). De ellas, 16 (6.75%) tenían vida sexual promiscua, 37 (15.61%) eran tabaco dependientes y 8 (3.37%), alcohólicas. Respecto a su conocimiento de métodos contraceptivos, sólo 13 (5.48%) contaba con información de anticonceptivos orales, inyectables o de barrera. Finalmente, 92.82% eran primigestas.

2.4 Mortalidad materna

La mortalidad materna es un indicador fundamental de la evolución y el desarrollo de un país. No existirá una nación en la que, si las tasas de mortalidad materna son elevadas, su desarrollo sea avanzado o se hayan superado las diferencias sociales y económicas de género.

Una muerte materna es una verdadera tragedia: implica la desaparición de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse, y condena a la orfandad a niños pequeños. Con frecuencia, entre sus repercusiones se cuenta la desintegración de la familia, una elevada mortalidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo (Langer, 1994).

La magnitud de este problema a nivel mundial, según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es enorme. De las 500 mil muertes maternas que ocurren al año, a los países desarrollados sólo corresponde 1 por ciento. El 99 restante sucede en países en vías de desarrollo (eufemismo para los pobres en diferentes grados). Los niveles más elevados están en las naciones del sur asiático y la región Subsahariana, en África, con tasas de hasta 2 mil muertes maternas por 100 mil recién nacidos vivos; el tercer lugar lo detentan los países hispanoamericanos (Gutiérrez, citado en Elu y Langer, 1994).

Cada año, en el ámbito mundial cerca de 600.000 mujeres pierden su vida como resultado directo de complicaciones relacionadas con el embarazo e incontables cientos de miles más sufren daños o discapacidad severa. El aborto espontáneo y el aborto inducido en condiciones de riesgo, causan una gran proporción del total de la morbilidad y mortalidad materna especialmente donde los servicios de aborto voluntario están limitados por la ley, la política, la práctica médica o las normas sociales. Se estima que cerca de 80.000 mujeres mueren cada año por complicaciones ocurridas por abortos inseguros. El embarazo no deseado continúa siendo un serio problema (IPAS, 1998).

La mortalidad materna actualmente está reconocida como un

problema social de salud pública. Al tratar de definir este concepto nos encontramos con muchas variantes, sin embargo todas van encaminadas a un solo concepto. En su concepción clásica la mortalidad materna se utiliza para etiquetar las muertes ocurridas por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Sólo incluye las muertes de mujeres ocurridas por causas directamente con el embarazo, parto y puerperio, es decir con el riesgo de la reproducción. Una muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, pero no por razones accidentales, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia define a la muerte materna como la muerte de una mujer debido a cualquier causa mientras esté embarazada o dentro de los 42 días que siguen a la terminación de su embarazo, independientemente de la duración del embarazo y del sitio donde ésta suceda (File, 1998).

La mortalidad materna recientemente se reconoció como un problema de salud pública, pues a pesar de que su frecuencia absoluta es baja, es de enorme trascendencia y vulnerabilidad, además de que se ha convertido en un indicador sensible de la calidad de los servicios de salud obstétricos y del desarrollo económico de los países (Reyes, 1994).

Las complicaciones derivadas del embarazo y el alumbramiento son por tanto la causa más importante de mortalidad entre las mujeres en edad de reproducción en los países en desarrollo. Además de estas muertes, todos los años más de 60 millones de mujeres sufren trastornos agudos derivados del embarazo y cerca de una tercera parte de estas mujeres -con edades que oscilan desde menos de 20 años o más de 30- padecen lesiones o infecciones que las discapacitan para toda la vida: infertilidad, dificultades motrices, anemia grave y debilidad crónica, dolores pélvicos, ruptura uterina y fístula.

La mortalidad materna continua siendo considerada uno de los grandes problemas de salud en muchos países del mundo. Es una realidad a la que se ven enfrentadas las mexicanas y todas las mujeres al embarazarse (Paz, 1999).

En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo y el parto constituyen las principales causas de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer muere cada minuto debido a estas causas y un total de 585.000 mujeres mueren cada año. Menos del uno por ciento de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles (Maternal-mortality, 1998).

López (1998) menciona que diariamente en los países en desarrollo, mueren 1600 mujeres por complicaciones durante la gravidez y el parto, dentro de las cuales se incluye el prolapso uterino, fístulas, incontinencia, dolor durante las relaciones sexuales e infertilidad. Además 50 millones de mujeres sufren daños a la salud relacionados con el embarazo y el parto; en 18 millones de ellas esta morbilidad es debilitante y a largo plazo. Debido a que las mujeres de países en desarrollo tienen muchos embarazos y los cuidados obstétricos son inadecuados, el tiempo de exposición de mortalidad materna es 40 veces mayor que en el mundo desarrollado.

Por su parte Campero - Cuenca (1996), menciona que en México como en otros países subdesarrollados, la muerte materna es un problema importante de salud pública que refleja una vez más la gran disparidad de salud entre pobres y ricos. Aun cuando ha existido un descenso en la tasa de mortalidad, las muertes maternas continúan concentrándose en los estratos mas desfavorecidos de la población.

La morbilidad y mortalidad materna, más allá de su obvia importancia como problemas de salud pública, constituyen "la otra cara de la moneda" de la "maternidad sin riesgos". Es por ello que dentro de los objetivos establecidos en el Programa de Reforma al Sistema Nacional de Salud y el Programa de Salud Reproductiva 1995-2000 en México, el abatimiento de la mortalidad materna es uno de los más importantes (Murillo, 1999).

La mortalidad y la morbilidad materno-infantil asociadas al embarazo adolescente son una manifestación mas de la desigualdad social y de la pobreza que enfrentan los grupos más desprotegidos, que una consecuencia de la edad a la que ocurren los embarazos (Stern, sin fecha)

Dado que la mortalidad materna puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, durante el parto o el puerperio, tanto el seguimiento de la embarazada que efectúan los servicios de salud maternoinfantiles como la atención institucional del parto son piezas claves para reducirla. No obstante, estas medidas resultan insuficientes pues una fracción importante de la mortalidad materna parece deberse a los efectos del aborto inducido, particularmente cuando es realizado en condiciones precarias. En este caso, la ampliación de los servicios de planificación familiar resulta fundamental para prevenir la fecundidad no deseada y, por esa vía, desestimular la práctica del aborto (Angulo, 1999).

La mortalidad materna en México

La mortalidad materna es una realidad a la que se ven enfrentadas las mexicanas al embarazarse.

A lo largo de este siglo, en México han ocurrido cambios muy importantes en los valores y las prácticas que rodean a la reproducción. Mientras que en algunos grupos sociales continúan vigentes patrones y valores de comportamiento reproductivo -inicio temprano de la vida reproductiva, elevado número de hijos, dedicación exclusiva de la madre a la crianza y al hogar-, otras mujeres desean familias con una estructura y una dinámica diferentes, compatibles con su desarrollo personal en otros campos, y tienen expectativas para los hijos que reclaman una mayor inversión de recursos familiares.

Según el Censo de Población de 1990, en México existen 22.5 millones de mujeres en edad fértil. El 15.3 por ciento de la población femenina de seis años o más carece de instrucción primaria. La participación femenina dentro de la población económica activa es del 23.4 %, la tercera parte de la cual recibe menos del 50 por ciento del salario mínimo.

En México, al igual que en casi todos los países en vías de desarrollo, la mortalidad materna continúa siendo un problema importante. Estadísticas oficiales señalan que en 1990 hubo una tasa de 5.4 muertes por cada 10,000 nacimientos. En otras palabras, por cada 10,000 niños que nacieron, cinco de sus madres murieron (Maternal-Mortality, 1994).

En números absolutos, esta cifra podría parecer pequeña. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que la mortalidad materna está seriamente subestimada en las estadísticas vitales, es decir, la verdadera tasa es mucho mayor a la oficial. La subestimación se debe a que, si bien el fallecimiento de la mujer queda registrado, no se hace constar en el certificado de defunción la condición de embarazada o puérpera de la fallecida. En consecuencia, la muerte es anotada bajo un rubro que no corresponde a los de muertes maternas. La subestimación en México es realmente importante: por cada muerte que se registra como materna queda otra sin registrar (Langer, 1994).

Esta subestimación se debe, generalmente, a deficiencias en el llenado del certificado de defunción, ya sea porque la persona responsable de ello omite la información, o bien porque la mujer gravemente enferma y/o sus familiares ignoran u ocultan su condición de gravidez. Estas circunstancias son frecuentes en el caso del aborto inducido. En efecto, para evitar la condena moral, e incluso los problemas legales, la mujer, sus familiares y el proveedor de salud suelen ocultar el embarazo y las circunstancias que condujeron a la muerte (Elu y Santos, 1999).

Es imprescindible, entonces, recordar que las cifras oficiales de mortalidad materna están subestimadas y que, no todas las causas están subestimadas de la misma forma: el aborto inducido es, seguramente, aquella que padece del subregistro más importante.

La morbimortalidad materna no se presenta homogéneamente en el país, ya que refleja las diversas condiciones socioculturales y biológicas existentes en las regiones. Las mujeres habitantes de comunidades marginadas o rurales, y las que tienen más baja escolaridad, manifiestan los niveles más elevados. La discriminación hacia las mujeres y su desnutrición

desde la infancia son factores que coadyuvan a la morbimortalidad materna.

Un factor que no ha sido suficientemente atendido dentro de la mortalidad femenina es el cáncer cérvico uterino. México ocupa el primer lugar del mundo de muertes por su causa. Esta situación es inaceptable ya que estas muertes son prevenibles si se detecta a tiempo la enfermedad y las técnicas para hacerlo son sencillas y accesibles.

En un trabajo realizado por Angulo (1999) en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México, durante el periodo de 1990 a 1995 la tasa de muerte materna fue de 64 x 100,000 nacimientos vivos. Siendo la causa más frecuente de mortalidad materna la toxemia gravídica, seguida por hemorragia obstétrica, embolia pulmonar obstétrica, infección y complicaciones anestésicas, con tasas x 100,000 nacidos vivos de 16, 15, 10, 8 y 4 respectivamente. Donde el 73% fueron muertes previsibles y 23% no previsibles. A su ingreso al HGO 37% se dictaminaron como muertes evitables, 66% de las muertes fueron por causa obstétrica directa, 34% por causa indirecta. En 54% de los casos la resolución de la gestación fue por operación cesárea. La responsabilidad profesional existió en el 72% y la hospitalaria en el 23%.

En México como en otros países subdesarrollados, la muerte materna es un problema importante de salud pública que refleja una vez más la gran disparidad de salud entre pobres y ricos. Aun cuando ha existido un descenso en la tasa de mortalidad, las muertes maternas continúan concentrándose en los estratos más desfavorecidos de la población. La notificación de una muerte materna constantemente es incompleta y existe un importante subregistro.

Elu y Langer (1999) considera que la mortalidad materna es una realidad a la que se ven enfrentadas las mexicanas al embarazarse. Por desgracia, los indicadores nacionales, principalmente en el sur del territorio no son del todo halagüeños, ya que frente a un síntoma o a una complicación, un importante grupo no se da cuenta del importante riesgo que enfrenta, ya sea por falta de información o como consecuencia de sus valores o creencias en torno a su proceso reproductivo, y no busca atención

médica. Otro grupo, por el contrario, es consciente de sus necesidades de atención, pero no tiene acceso a los servicios de salud por problemas de distancia, transporte o costo, o acuden a los servicios de salud de la comunidad donde el servicio es deficiente. La utilización de los servicios no significará para la mujer la solución de su problema. También, es común que las mujeres enfrenten dificultades culturales y de género cuando establecen contacto con sus prestadores (as) de servicios, problema que hace más complejo el recibir la atención con calidad y calidez.

2.5 Principales causas de mortalidad materna

Las muertes o complicaciones que ocurren durante el embarazo se denominan por lo regular defunciones obstétricas directas. Aunque existen variaciones regionales, la hemorragia, la infección, la eclampsia, el aborto, el embarazo ectópico y el parto distócico son las causas principales directas de defunción materna que generalmente se mencionan.

Reyes (1994), Murillo (1996), Elu y Langer (1994) y, Elu y Santos (1999); coinciden en que las principales causa de mortalidad materna son:

☞ La hemorragia antes o durante el parto, o después del aborto, pueden tener consecuencias fatales en pocos minutos si no se la detiene. Como la hemorragia generalmente no puede tratarse en la comunidad, el peligro es mayor para las mujeres que viven lejos de los centros de salud que pueden ofrecer servicios de cirugía y transfusiones. La hemorragia es más común inmediatamente después del parto. La hemorragia puerperal se produce a menudo porque el útero no se contrae con suficiente vigor como para detener la hemorragia o expulsar la placenta. Este proceso denominado atonía uterina, es más común entre las mujeres con muchos hijos. Otras causas comunes de hemorragia grave antes, durante o después del parto son: parto prolongado, perforación uterina, desgarros en el cuello uterino o en la vagina por partos traumáticos o por abortos practicados con impericia, posición anormal de la placenta o separación prematura de la placenta de la pared uterina.

☞ La infección después del parto o de un aborto clandestino es común en los países en desarrollo. Por ejemplo, en un estudio realizado en Nigeria y Kenya un 8% y un 20%, respectivamente, de las mujeres desarrollaron infecciones puerperales del aparato genital superior. Las mujeres que han sobrevivido después de estas infecciones corren un riesgo mayor de contraer enfermedad pélvica inflamatoria. También pueden producirse embarazos ectópicos, infertilidad y dolor pélvico crónico. A menos que tenga alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS), las mujeres con partos vaginales sin complicaciones por lo común no desarrollan infecciones. La probabilidad de contraer infección aumenta con los exámenes vaginales frecuentes, cualquier tipo de cirugía o el uso de instrumentos durante el parto y la falta de técnicas estériles. También suelen ser causa de infección los abortos clandestinos y los practicados con impericia. Las enfermedades de transmisión sexual, sobre todo la gonorrea y las infecciones clamidiales causan a menudo infecciones en el periodo posterior al parto y al aborto.

☞ La eclampsia y la preeclampsia son complicaciones del embarazo que no se comprenden muy bien. La preeclampsia en el estadio inicial de este trastorno, caracterizado por la hipertensión, retención de líquido (edema) y proteína en la orina. Por lo regular aparece en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Si no se trata, la preeclampsia puede progresar y convertirse en eclampsia, con hipertensión, convulsiones, o hemorragia cerebral. Una vez desarrollada la eclampsia, es necesario administrar tratamiento inmediato y acelerar el parto. Pero aun con tratamiento, el pronóstico es poco favorable. En los países desarrollados y en desarrollo del 5% al 17% de las mujeres con eclampsia mueren. Las que sobreviven pueden sufrir complicaciones tales como parálisis, ceguera o hipertensión crónica y lesión crónica. Las mujeres con más probabilidad de desarrollar preeclampsia y eclampsia son las primigestas. La preeclampsia afecta entre el 1% y el 31% de las mujeres que tienen el primer hijo.

☞ El parto prolongado puede causar la muerte por pérdida de sangre, deshidratación y alteraciones metabólicas. Una hemorragia fatal puede deberse a la perforación del útero causada por contracciones persistentes. Cuando el parto dura demasiado - usualmente más de 24 horas - el bebé debe ser extraído con fórceps, por operación cesárea, o sinfisiotomía

(sección del cartílago que une los huesos de la pélvis a fin de agrandar el canal de expulsión).

☞ Un embarazo no deseado conduce con frecuencia al aborto inducido que, en el caso de muchachas sin experiencia o avergonzadas, probablemente se realizará cuando esté avanzado, lo que conlleva mayores riesgos para la salud, la fecundidad futura y la vida de la joven, particularmente si se realiza de manera clandestina. La mayoría de las veces son las adolescentes, quienes conocen a personas que han abortado, las que se sienten más inclinadas a decidir por un aborto. Las mujeres que deciden no continuar su embarazo, terminan con frecuencia en las salas de emergencia de los hospitales, en condiciones graves, debido a un aborto clandestino, que si no es atendida a tiempo puede morir.

Los factores asociados con la mortalidad materna no actúan de manera aislada, sino que suelen ser el resultado de la acumulación de problemas relacionados tanto con factores internos como externos; los primeros hacen referencia a las subjetividades, es decir, al conjunto de elementos que influyen en la decisión de las mujeres de no buscar ayuda o de buscarla demasiado tarde, por ejemplo, la tendencia a subestimar la gravedad de sus signos y sus síntomas o la interpretación de estos bajo el paradigma natural alternativo al médico occidental de las mujeres. Los segundos se refieren a las condiciones de pobreza o precariedad que se imponen, desde fuera sobre los factores limitando su posibilidad de resolver efectivamente sus problemas relacionados con el embarazo, parto y/o puerperio.

Los factores externos están relacionados con problemas de acceso y calidad de la atención médica (Campero - Cuenca, 1996).

Entre los factores sociales destacan los derivados del género. La persistencia del machismo contribuye a la morbimortalidad materna al influir en el establecimiento temprano de uniones maritales, el inicio precoz de la reproducción, y el uso limitado de métodos de planificación familiar.

La desigualdad derivada del género subsisten en México a pesar de

que en el Artículo 4to. Constitucional establece la igualdad de la mujer y del varón en el terreno jurídico. Lamentablemente, concepciones anacrónicas en algunas leyes secundarias refuerzan roles sociales y formas de estructuras familiares o desventajosas para la salud de la mujer (Elu y Langer, 1994).

A los factores generales se unen otros específicos de algunas zonas del país, como la migración y la condición de ciudades o estados fronterizos. Las mujeres indígenas, por su parte, sufren una triple discriminación: por ser mujeres, por ser pobres y por ser "indias".

Otro factor social que se asocia a la morbilidad materna es la violencia y dentro de ella, las violaciones. Mientras que la primera se ejerce contra mujeres de todas las edades, las víctimas de las segundas, son en mayor grado las adolescentes.

La falta generalizada de educación sexual se traduce en daños a la salud reproductiva: produce una elevada incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles y limita el acceso a la planificación familiar. La influencia religiosa en la cultura afecta muchos de los aspectos relacionados con la morbilidad materna y sus mecanismos de prevención.

La mortalidad materna en México es uno de los principales problemas de salud pública que afectan a las mujeres en edad reproductiva (Declaración de México para la maternidad sin riesgos, 1993). Sin embargo esto adquiere mayor interés cuando nos percatamos de que las principales causas de la mortalidad materna pueden ser prevenidos con la utilización adecuada de los servicios de salud, es decir, el acceso a los servicios de atención prenatal desde el primer trimestre del embarazo se relaciona con una mejor calidad de vida tanto para las madres como para los hijos (Murillo, 1999).

2.6 CONTROL PRENATAL

El embarazo tiene una duración de 280 días, contados a partir del primero después de la última menstruación (40 semanas), o 266 días si se considera como punto de partida la fecha de ovulación. Durante esta etapa, la mujer debe ser observada periódicamente por un médico, hecho que se conoce como atención prenatal.

Amado, Beltrán y Miranda (1994) señalan que el control prenatal son los cuidados que se proporcionan a toda mujer embarazada a través de la consulta médica, con el propósito de vigilar y controlar el desarrollo del embarazo y detectar o prevenir posibles complicaciones y, de esta forma, reducir la morbilidad y la mortalidad en el binomio madre-hijo. Estos problemas se agravan aún más en la adolescente embarazada.

Por su parte, Faundes (citado, en Pérez y Donoso, 1992) menciona que el control prenatal es la atención sistemática y periódica que se otorga a la embarazada con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales, detectar y tratar patologías concomitantes y prepararla, física y psíquicamente, para el parto y el cuidado de su hijo.

De manera general podemos decir que el control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.

Actualmente, la atención prenatal no sólo se circunscribe a la evaluación del crecimiento y maduración fetal mediante la exploración obstétrica, sino a la valoración de la evolución materna a través del examen físico (Vázquez, y colaboradores; 1995).

Mediante la atención o control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esta forma se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y la principal causa de

muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna (Control prenatal, 1999).

La atención prenatal adecuada se ha relacionado con una mejor calidad de vida para los niños y las mujeres durante y después del embarazo, ya que en el proceso de atención se puede prevenir, detectar y tratar de forma oportuna las complicaciones. El inicio de la atención prenatal en el segundo o tercer trimestre puede estar asociado a un diagnóstico tardío del embarazo o la falta de identificación de la atención prenatal con fines preventivos (González, 1996).

De la Fuente y sus colaboradores (1999), consideran que con el control prenatal se persigue:

- ☞ La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- ☞ La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las complicaciones del embarazo.
- ☞ La vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- ☞ La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- ☞ La preparación psicofísica para el nacimiento.
- ☞ La distribución de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

Por su parte Ortigoza - Corona y Carrasco (1994), dicen que un control eficiente debe de cumplir cuatro requisitos básicos que son:

Precoz. Tratando de que sea en el primer trimestre de la gestación, permitiendo así la ejecución oportuna de las acciones como el fomento, protección y recuperación de la salud, que constituye la razón fundamental del control. Además hace factible la identificación del embarazo de alto riesgo.

Periódico. Deberá realizarse por lo menos una vez al mes, y considerando como mínimo cinco visitas, aumentado por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características

de la atención obstétrica que deba recibir.

Completo. Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento afectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

De amplia cobertura. Sólo en la medida que el porcentaje de la población controlada (embarazadas) sea cada vez mayor, se podrán disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Es por ello que el control prenatal se ha convertido un uno de los factores más importantes dentro de la maternidad sin riesgos ya que con una adecuada utilización se pueden reducir los riesgos de la mortalidad materna.

En un artículo publicado por la escuela de medicina de Santiago de Chile (Control prenatal) se menciona que los objetivos generales del control prenatal son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO. Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal, los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbilidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias de control prenatal estén orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbilidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales. Se han diseñado

múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínica general), secundario (policlínica de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

DIAGNÓSTICO DE EDAD GESTIONAL. Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y porque la relación uterino edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de alto riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error siete días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días). Es necesario poner énfasis en que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

DIAGNÓSTICO DE LA CONDICIÓN FETAL. Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardiacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen del líquido amniótico

Es importante destacar la importancia del control prenatal, pues mediante él se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esta forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

La consulta de control prenatal consiste en: si es la primera vez, se elabora la historia clínica de la paciente. Se le pregunta si los consanguíneos o el cónyuge padece enfermedades degenerativas (diabetes, cáncer, hipertensión, malformaciones congénitas, etcétera).

Antecedentes personales no patológicos: Se le pregunta sobre el aseo, la higiene personal, la vivienda y los alimentos (cada cuándo se baña, se corta las uñas, se lava los dientes, se corta el cabello; si es casa rentada, si tiene animales, cada cuándo come carne).

Antecedentes personales patológicos: Se pregunta sobre las enfermedades que ha tenido desde la infancia, tomando en cuenta el sarampión, viruela, hepatitis, etc.

Reciente tratamiento médico: Se pregunta si fuma, si consume bebidas alcohólicas, etc.

Antecedentes ginecoobstétricos: Cuándo fue la menarca, cada cuándo es su periodo, cuántos días dura, si tiene coágulos. Se pregunta también cuándo fue el inicio de su vida sexual activa, cuántos compañeros ha tenido, cuántas gestas (embarazos), paras (partos), si ha tenido abortos, cesáreas, mortinatos (niños que mueren al nacer), u óbitos (nacen muertos).

Padecimiento actual: Se realiza la exploración física. Se toma peso, talla, presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y pulsos. Se revisa las mamas, los pezones, si están salidos, invertidos, si hay secreción o ulceración, y la línea media del vientre, que en las mujeres embarazadas es negra. Se mide el fondo uterino. Se revisa si existen edemas, várices, secreciones vaginales o ardor al orinar.

Se les aplica la vacuna antitetánica. Algunos doctores opinan que cada

seis meses, otros que desde que se descubre el embarazo.

Las consultas subsecuentes consisten en tomar el peso, la presión arterial, la frecuencia cardíaca, respiratoria, los pulsos, la frecuencia cardíaca del feto y se mide el fondo uterino.

A las mujeres embarazadas se les proporciona flúor y se les indica cómo aplicarlo, pero debido a que no lo hacen en sus casas, se les cita diariamente para garantizar la aplicación.

Para el control prenatal no son necesarias instalaciones, laboratorios especializados ni aparatos complicados. Se requiere una historia clínica que recoja la información necesaria y el uso oportuno de tecnologías adecuadas que detecten tempranamente la existencia de un riesgo mayor de lo esperado.

El cuidado prenatal adecuado permite enseñar a la embarazada conceptos básicos de salud e higiene y tratar enfermedades preexistentes (OPS/OMS, 1993).

En suma, el control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Es conveniente reconocer que el control prenatal se conoce con sinónimos como vigilancia prenatal, cuidado prenatal o consulta prenatal.

Por su parte Martínez, Reyes y García (1996) mencionan que las mujeres que cursan su primer embarazo tienen mayor probabilidad de asistir adecuadamente, lo cual puede deberse a una mayor sensibilidad, a la preocupación de presentar alguna complicación, a la ausencia de otros hijos que impiden el desplazamiento, o bien a los consejos de los familiares.

En una investigación realizada en 1996 por Martínez, Reyes y García, acerca de la utilización adecuada de la atención prenatal, concluyeron que la proporción de mujeres que utiliza adecuadamente la atención en el IMSS, en

el DF; es baja a pesar de las acciones emprendidas en el ámbito local y promovidas como programa a nivel institucional.

2.7 Factores relacionados con la no asistencia al control prenatal

Alkins, (citado, en Elu y Langer, 1994) menciona que aún para los adultos existen múltiples conflictos que no son abordados en la educación sexual, pero sí afectan el tipo de enseñanza que se promueve, por lo que la falta de educación en sexualidad obstaculiza enormemente a la mujer para el uso de métodos anticonceptivos, el reconocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y la búsqueda de atención médica durante el embarazo.

De la Garza (1997) realizó una investigación sobre la primigesta adolescente, el cual menciona que en relación al control prenatal fue evidente que las jóvenes acudieron a menos de cinco consultas, siendo un factor de riesgo para complicaciones obstétricas.

Por otra parte García (1993) explica en una investigación sobre las características reproductivas de los adolescentes y jóvenes que el mayor riesgo del embarazo en adolescentes está en no saber identificar y reconocer los signos y síntomas de las complicaciones durante el embarazo, ya que encontró que en una población de la ciudad de México las adolescentes, las solteras, las nulíparas y las que tienen bajo nivel escolar son las que con menor frecuencia detectan la sintomatología anormal durante el embarazo. Además, a la vez se presente otro posible factor que es la ignorancia y, sobre todo, la renuencia a aceptar el embarazo, hasta que éste se encuentra avanzado, y de no querer o no poder pagar la atención médica.

Frente a un síntoma o a una complicación, un importante grupo no se da cuenta del importante riesgo que enfrenta, ya sea por falta de información o como consecuencia de sus valores o creencias en torno a su proceso reproductivo, y no busca atención médica. Otro grupo, por el contrario, es consciente de sus necesidades de atención, pero no tiene acceso a los servicios de salud por problemas de distancia, transporte o

costo, o acuden a los servicios de salud de la comunidad donde el servicio es deficiente (Elu y Santos, 1999).

Información poco precisa, alusiones confusas a síntomas y signos, e incluso ocultamiento de problemas muy estigmatizados en el ámbito sociorreligioso, como el aborto, provocan una atención deficiente. Esos sucesos desembocan en complicaciones de la gestación, el puerperio o en la muerte de la madre.

La utilización de los servicios no significará para la mujer la solución de su problema. También, es común que las mujeres enfrenten dificultades culturales y de género cuando establecen contacto con sus prestadores (as) de servicios, problema que hace más complejo recibir la atención con calidad y calidez.

Las mismas normas de género que hacen que las mujeres sean sumisas y guarden silencio con el esposo, y las normas que equiparan los conocimientos de las mujeres acerca de la sexualidad con la promiscuidad también influyen en la capacidad de las mujeres de hablar abiertamente acerca de las cuestiones sexuales íntimas con los proveedores de atención de la salud del sexo masculino. Para algunas mujeres, los servicios de salud reproductiva prestados por los hombres son inaceptables (Rutwick en español, 1998)

Por otra parte, Alkins, (citado, en Elu y Langer, 1994) menciona que en muchos casos las actitudes y comportamientos tanto de la mujer, su familia y su comunidad, como de prestadores de servicios -cuando la mujer accede a ellos- no favorecen que la mujer lleve un control sobre su reproducción así como la utilización de servicios de planificación familiar y de atención prenatal.

Valdés (1997) establece que es necesario considerar que los efectos del maltrato durante el embarazo no sólo son a nivel físico, sino también a nivel emocional. La mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con la depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio.

Vázquez y colaboradores (1995) indican que la maternidad en las adolescentes significa riesgo para la salud de ellas y de sus hijos, desde que comienza el embarazo, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y, por tanto, no acuden adecuadamente a recibir atención prenatal.

La atención prenatal aminora las complicaciones perinatales asociadas a un embarazo precoz; pero las jóvenes tienden a llegar tarde al control prenatal por ignorar los síntomas del embarazo, por negación del propio embarazo, por vergüenza, culpa o falta de motivación. Además, la atención médica que reciben no es constante y en lugares de pobreza se emplean fuentes de salud tradicionales como parteras o comadronas (Núñez, 1998).

Tiburcio (1995) menciona que se ha observado que la calidad de relación de la pareja define la actitud del compañero hacia el embarazo y puede predecir de modo significativo la edad gestacional en que la joven busca atención prenatal. La madre adolescente que no recibe cuidados prenatales en el primer trimestre tiene mayor probabilidad de complicaciones de parto que pueden ser mortales.

CAPÍTULO 3.

EL ESTUDIO DE LAS ACTITUDES Y LA PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD

"Hay personas que se empeñan en cultivar su salud con tal pasión y entusiasmo, que nos muestran hasta qué punto están enfermas en realidad".

(K.Barth).

3.1 Estudio de las actitudes

La actitud ha sido conceptualizada de diferentes formas, dentro de las cuales podemos encontrar los siguientes conceptos.

El término *actitud* fue introducido en la psicología social por Thomas y Znaniecki, en 1918, para explicar las diferencias conductuales en la vida cotidiana existentes entre los campesinos polacos y en los Estados Unidos. Desde entonces se han propuesto muchas definiciones distintas para este creciente concepto popular de actitudes (Hewstone, 1994).

Existen varias definiciones del concepto de actitud. Según Wander Zanden (citado, en Summers, 1986), es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación y actuar en consonancia con dicha evaluación. Constituye, pues, una orientación social, o sea, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable.

Summers (1986) señala que cuando estudiamos las actitudes no nos referimos a algo que pueda observarse directamente, ya que nos referimos a algo que se encuentra dentro del individuo. Sin embargo, las actitudes tienen características que las distinguen de otros conceptos referentes a estados internos del individuo:

Las actitudes no son innatas. Se dice que la aparición de una actitud depende del aprendizaje.

Las actitudes no son temporales, sino estados más o menos persistentes una vez formadas.

Las actitudes siempre implican una relación entre la persona y los objetos.

La relación entre personas y objetos no es neutral, pero tiene propiedades motivacionales-afectivas.

Por consiguiente, las actitudes son categorizaciones consistentes y características de la persona, durante cierto período, relativas a objetos, personas, grupos o comunicaciones que vengan al caso en categorías de aceptación y rechazo.

Myers (1995) define como actitud la "reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos o conductas proyectivas" (pág. 112).

Por su parte Fazio (1989, citado en Morales y Olza, 1996) menciona que una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada.

Las actitudes generalmente han sido definidas como una preparación mental o como una predisposición implícita que ejercen una influencia general y continua en muchas respuesta evaluativas. Las actitudes son, por lo tanto, internas, eventos privados cuya existencia inferimos de nuestra propia introspección o de alguna forma de evidencia conductual, cuando se expresan abiertamente en palabras o en obras. Una actitud verbalizada se llama opinión. El estudio de los cambios de actitud ayuda a conceptualizar las actitudes como compuestas de tres elementos: afecto, cognición y conducta (Summers, 1986).

De acuerdo con estas definiciones, podemos hacer resaltar los siguientes elementos:

a) La dirección hacia un objeto (persona, situación, acontecimientos o ideas).

b) La predisposición o preparación para responder.

c) Carga afectiva a favor o en contra de algún objeto.

Morales y Olza (1996) y Hewstone (1994) se refieren a la actitud como un modelo de tres componentes:

- > Cognitivo. Consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él, concernientes a creencias, opiniones e ideas acerca del objeto.
- > Afectivo. Está compuesto por los sentimientos evaluativos de agrado o desagrado que el objeto despierta.
- > Cognitivo-conductual. Incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él.

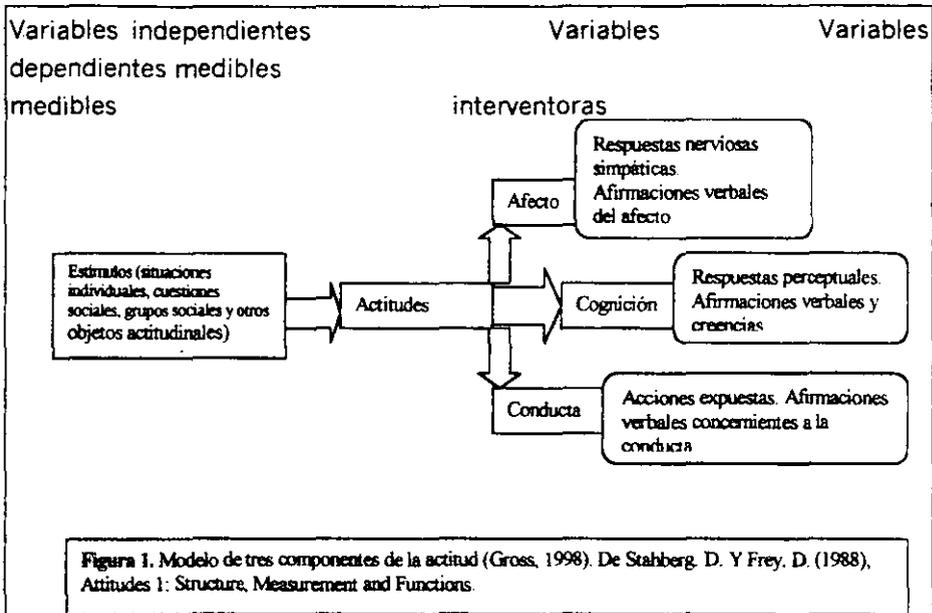
En este modelo se considera a la actitud como un constructo hipotético que media entre los observables estímulos antecedentes y subsiguiente conducta.

La aportación de Morales (1996) nos puede ayudar a comprender cómo funcionan las actitudes. Según este autor, la actitud es resultado del proceso de socialización y tiene una gran influencia en la conducta. Considera que el componente fundamental de la actitud es el evaluativo y recoge la idea de Fazio (1989, citado en Morales y Olza, 1996) de que la actitud es una asociación objeto-evaluación en la memoria, que posee tres características esenciales: orienta a la persona hacia el objeto al que se refiere, connota este objeto de forma positiva o negativa y es permanente (perdura en la memoria). Así, según Morales, aquellas actitudes muy accesibles en la memoria, como el prejuicio racial, son el producto de un aprendizaje muy intenso y se activan cuando existen pistas relevantes y desencadenan conductas acordes con ellas, es decir, reacciones positivas ante el objeto positivamente evaluado y negativas ante el negativamente evaluado.

Hemos visto cómo, tradicionalmente, la psicología social distingue tres componentes en una actitud: el componente cognitivo (modo en que se

percibe un objeto, suceso o situación, y que con frecuencia es un estereotipo), el componente afectivo (sentimientos o emociones que suscita en un individuo la presentación afectiva de un objeto, suceso o situación, o su representación simbólica) y el componente conductual (tendencia o disposición a actuar de determinadas maneras con referencia a algún objeto, suceso o situación, discriminación).

Por tanto, en el momento de plantear un cambio actitudinal debemos tener en cuenta estas tres dimensiones de la actitud ya que este modelo es mucho más que eso pues se considera que una actitud es una variable interventora/mediadora entre los estímulos y las respuestas observables.



El componente afectivo consiste en la evaluación de la persona, el gusto o la respuesta emocional hacia un objeto o persona.

El componente cognoscitivo ha sido conceptualizado como las creencias de una persona o el conocimiento actual de un objeto o persona.

El componente conductual involucra la conducta observable de una

persona dirigida hacia un objeto o persona.

Gross (1998) considera que si las actitudes son conceptualizadas de esta manera, es posible ver cómo las técnicas diseñadas para cambiar únicamente las reacciones emocionales hacia un objeto o persona atacarían sólo a un componente de la actitud en cuestión. Esta concepción de componentes de la actitud no sólo sugiere interesantes métodos para cambiar las actitudes, también proporciona ideas acerca de cómo medirlas.

El componente afectivo podría medirse a través de las respuestas fisiológicas o expresiones verbales de gusto y disgusto, mientras que el componente cognoscitivo mediante de la autoevaluación de creencias o por la cantidad de conocimientos que una persona tiene sobre un tema.

El componente conductual se podría medir por la observación directa del comportamiento de la persona se comporta en situaciones específicas de estimulación. Además, las actitudes se ven como predisposiciones durables, pero que son aprendidas, más que innatas. Por lo tanto, aunque las actitudes no son momentáneamente transitorias, son susceptibles de cambio.

Una consecuencia práctica de considerar las actitudes como predisposiciones altamente generalizadas es que al cambiar la actitud también se debe ser capaz de producir muchos cambios específicos en la conducta observable.

El proceso de cambio de actitudes no puede ser ignorado, ya que es una parte de la vida humana. Cada día, cada uno de nosotros trata de influir en las actitudes de alguien o es influido por el intento de otros de cambiar nuestras actitudes. El conocimiento del proceso de influencia puede ayudar a mejorar la resistencia a los cambios no deseados a la vez que incrementa la libertad de elección de nuevas y significativas direcciones de uno mismo (Collier, 1991).

Por definición y características, las actitudes no pueden medirse en

forma directa, ya que es un constructo hipotético. En consecuencia, es necesario encontrar indicadores adecuados de una actitud; la mayoría de los métodos de medición de actitudes se basa en la suposición de que se les puede medir a través de las creencias u opiniones de las personas acerca de los objetos de la actitud (Gross, 1998).

Sin embargo, las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición (Hernández y colaboradores, 1991).

A pesar de que se dice que las actitudes no se pueden medir con exactitud, se han desarrollado algunas escalas para tratar de medirlas e interpretarlas. Dentro de las cuales podemos mencionar los siguientes:

Escala de Thurstone. Es una escala de intervalos aparentemente iguales, que permite la medición cuantitativa de las actitudes. Se pide a los sujetos que completen la afirmación con la que estén de acuerdo. Actualmente este tipo de escala se utiliza muy poco en la investigación.

Diferencial semántico. Tiene la posibilidad de medir las actitudes con una sola escala. Cuando Osgood y sus colaboradores (1957, citado en; Gross, 1998) desarrollaron el diferencial semántico enfrentaron a sus sujetos con ciertos conceptos, tales como padre, política, sí mismo, etcétera. Les pidieron que valoraran cada concepto en diferentes escalas bipolares de evaluación cuyos extremos eran adjetivos opuestos como agradable/desagradable, duro/blando, y así sucesivamente. Utilizando el análisis factorial identificaron tres dimensiones básicas: evaluación, potencia y actividad. Los investigadores asumieron, siguiendo un concepto unidimensional de la actitud, que los pares de adjetivos que mostraban altos pesos en el factor evaluativo eran apropiados para describir la actitud de una persona hacia un objeto en cuestión.

Escala tipo Likert. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, negaciones o juicios ante los cuales se les pide a los participantes indiquen su postura indicando si están por ejemplo: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo.

necesario encontrar indicadores adecuados de una actitud; la mayoría de los métodos de medición de actitudes se basa en la suposición de que se les puede medir a través de las creencias u opiniones de las personas acerca de los objetos de la actitud (Gross, 1998).

Sin embargo, las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja), estas propiedades forman parte de la medición (Hernández y colaboradores, 1991).

A pesar de que se dice que las actitudes no se pueden medir con exactitud, se han desarrollado algunas escalas para tratar de medirlas e interpretarlas. Dentro de las cuales podemos mencionar los siguientes:

Escala de Thurstone. Es una escala de intervalos aparentemente iguales, que permite la medición cuantitativa de las actitudes. Se pide a los sujetos que completen la afirmación con la que estén de acuerdo. Actualmente este tipo de escala se utiliza muy poco en la investigación.

Diferencial semántico. Tiene la posibilidad de medir las actitudes con una sola escala. Cuando Osgood y sus colaboradores (1957, citado en; Gross, 1998) desarrollaron el diferencial semántico enfrentaron a sus sujetos con ciertos conceptos, tales como padre, política, sí mismo, etcétera. Les pidieron que valoraran cada concepto en diferentes escalas bipolares de evaluación cuyos extremos eran adjetivos opuestos como agradable/desagradable, duro/blando, y así sucesivamente. Utilizando el análisis factorial identificaron tres dimensiones básicas: evaluación, potencia y actividad. Los investigadores asumieron, siguiendo un concepto unidimensional de la actitud, que los pares de adjetivos que mostraban altos pesos en el factor evaluativo eran apropiados para describir la actitud de una persona hacia un objeto en cuestión.

Escala tipo Likert. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones, negaciones o juicios ante los cuales se les pide a los participantes indiquen su postura indicando si están por ejemplo: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en desacuerdo, totalmente en desacuerdo. Si es posible, las afirmaciones se seleccionan de modo que para la mitad de

ellas "de acuerdo" sea una actitud positiva y para la otra mitad represente la actitud negativa. Es una de las escalas estándar de actitud más populares, en parte porque resulta más confiable en términos estadísticos (Hernández, 1991 y Gross, 1998).

Escala de clasificación de un solo ítem. Con frecuencia se utiliza una escala de un solo ítem para medir actitudes en estudios representativos tales como encuestas de opinión y sondeos electorales. Se formula una pregunta única a partir de la cual se cree posible una estimación directa de la actitud.

La observación de la conducta y las medidas no reactivas. Estos métodos se basan en medidas visibles de las actitudes, en patrones observables de conducta. En la mayor parte de la observación conductual los sujetos saben que están siendo observados. Estos tipos de medidas actitudinales son llamados indicadores de conducta o técnicas de observación (Groos, 1998).

3.2 La psicología social de la salud y salud reproductiva

Rodríguez (1995) dice que la psicología social de la salud se refiere a la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de la salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en esta área. La esencia de su aportación es el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y de la enfermedad.

Al referirnos a la salud y a la enfermedad tenemos que incluir las circunstancias socioculturales que rodean al individuo, ya que v formamos parte de un grupo y definimos nuestra realidad personal con referencia a nuestra circunstancia como seres sociales, lo cual hace que nuestras actitudes y comportamientos estén determinados por ello.

Es importante señalar que la psicología social ha contribuido a la investigación de las distintas variables que intervienen en la instalación y

mantenimiento de conductas saludables o en el abandono de hábitos perjudiciales.

La aplicación de la psicología social a los problemas del campo de la salud se ha ido ampliando crecientemente, al mismo tiempo que se iba produciendo un cambio en el propio concepto de salud, generando, entre otras cosas, la inclusión de los aspectos psicológicos y sociales. El papel de los factores psicosociales en la salud no se reduce a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables (Rodríguez, 1995).

En muchos de los problemas de salud que son atendidos por el médico de familia y por otros especialistas médicos aparecen variables psicológicas importantes que afectan notablemente al desarrollo de los trastornos y al tratamiento de dichos problemas de salud. Se dice que un 40% de los pacientes de atención primaria de nuestro sistema de salud requieren ayuda psicológica. Esta ayuda psicológica comprendería acciones tales como: escuchar al paciente más tiempo, hablar con él, explicarle su problema, explicarle su tratamiento, convencerle para que lo siga, explicarle el papel que juegan sus pensamientos, sus emociones y su conducta en su trastorno, entrenarle en la modificación y manejo de pensamientos, emociones y conductas, etcétera (Psicología.com).

Para resolver estos problemas se están poniendo en marcha programas multidisciplinarios de intervención en los que trabajan conjuntamente médicos y psicólogos. En estos programas se suministra información médica y psicológica (sobre los pensamientos, las emociones, la conducta, los hábitos, etcétera), se entrena a los participantes en el control de sus emociones con técnicas de relajación y de solución de problemas, etc., se les entrena también en modificación de conductas y hábitos (para reducir las conductas peligrosas y favorecer las conductas más saludables) y, finalmente, se consiguen no sólo cambios en la presión arterial, sino también cambios cognitivos y conductuales que mejoran la calidad de vida y favorecen la salud a mediano y a largo plazo (Reinch, 1998).

Diferentes investigaciones han señalado la importancia de seguir profundizando en las distintas áreas de la psicología de la salud, una de las cuales es la salud sexual y reproductiva en adolescentes. A pesar de las campañas promovidas desde ámbitos educativos, religiosos y de salud y enfocando el tema con distintas estrategias y recomendaciones, las estadísticas señalan que el embarazo durante la adolescencia sigue siendo un problema tanto para México como para los y las involucrados(as) en el mismo, pues la mayoría de ellos se empobrecerán más y transmitirán esa pobreza a sus descendientes, pues como es sabido a menor escolaridad menor ingreso (Lozano, 1998).

Dentro de la psicología social de la salud podemos referirnos al trabajo que se debe realizar en cuanto a salud sexual y reproductiva, ya que es importante contemplar que son temas que deben ser tratados con más frecuencia por esta área. Es por ello que se considera pertinente que al hablar de psicología social de la salud se incluya a la salud reproductiva y los estudios de género.

Salud Reproductiva

El concepto de salud reproductiva se mencionó por primera vez en 1994 durante la Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, Egipto. A esta conferencia asistieron los gobiernos de los países que conforman la Organización de Naciones Unidas, incluyendo México (Langer, 1995).

Langer (1995) menciona que la salud se define como un estado de bienestar físico, mental y social, no sólo como pura ausencia de enfermedad. Este estado de bienestar adopta características diferentes en hombres y mujeres, adultos y niños. Cuando hablamos de salud reproductiva de la mujer nos referimos a un área de salud muy concreta: aquella que engloba todas las esferas de la existencia relacionadas con:

- la capacidad de tener hijos, como la sexualidad y la salud durante el embarazo, parto y puerperio.
- la limitación de esta capacidad, ya sea involuntaria (infertilidad y

esterilidad) o deseada, a través de la anticoncepción.

- los problemas que se presentan en relación de ser mujer, como la violencia.
- la finalización natural de las funciones reproductivas, es decir, la menopausia.

Obviamente, en la reproducción están involucrados por igual el hombre y la mujer. Para lograr una buena salud reproductiva, se necesita la contribución de ambos.

La salud reproductiva es definida como la condición en la cual el proceso reproductivo se completa en un estado de entero bienestar físico, mental y social: no es solamente la ausencia de enfermedad o problemas en el proceso reproductivo (Cervantes, 1999).

En nuestro país el término cobró vida en los Programas de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, y el mes de octubre se instituyó como el Mes de la Salud Reproductiva. Sin embargo, hasta hoy no logra ir más allá de la orientación sobre planificación familiar para mujeres y varones. Este hecho limita el concepto integral en el que las usuarias y los usuarios son objetos en vez de sujetos (Cervantes, 1999).

Las mujeres como sujetos de desarrollo ven limitado su acceso a la salud reproductiva. Prueba de ello son algunos hechos que durante este año han sonado en los medios de nuestro país, como las esterilizaciones forzadas condicionadas por los programas de combate a la pobreza que se han dado en estados como Chiapas, Guerrero y Veracruz (Elu y Santos, 1999).

La salud reproductiva como una condición de salud aún tiene un largo trecho por recorrer, porque mientras los prestadores de servicios no tomen conciencia de que las o los pacientes son sujetos y corresponsales de su salud y dejen de ser vistos como solo "un expediente más", en nuestro país no se podrá hablar de salud reproductiva y los esfuerzos en ese sentido serán diluidos en la relación médico paciente.

Género y salud reproductiva

El Programa Universitario de Estudios de género (PUEG) menciona que:

El género se refiere a las construcciones culturales y subjetivas que son elaboradas alrededor de los sexos femenino y masculino. Dichas construcciones se han establecido como un conjunto de normas y prescripciones que la sociedad dicta, conformando de manera precisa los roles masculinos y femeninos, es decir, los roles de género. dichos roles se inician en la apreciación de una diferencia sexual biológica y desemboca en una serie de prejuicios y desigualdades [sociales]...Estos roles que marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que la sociedad define como masculinos y femeninos. Las relaciones entre los géneros incluyen redes de creencias, rasgos de personalidad, prácticas, símbolos, representaciones, valores, conductas, normas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social. La diferencia ha implicado subordinación de un género (el femenino) frente a otro (masculino).

(PUEG, 1993).

Por su parte Lamas (1996), establece que "género" es un término que puede usarse para categorizar las distintas funciones que desempeñan los hombres y las mujeres, según lo determina la sociedad en la que viven. El sexo de la persona --la diferencia biológica entre el varón y la mujer-- determina el estado de salud de la reproducción y las necesidades en materia de salud de la reproducción, pero las perspectivas de género también desempeñan una función. Los factores socioculturales que influyen

en las opiniones de los adolescentes acerca de la sexualidad, su acceso a la información y a los servicios de salud influyen en la salud de la reproducción y en su bienestar, incluida la capacidad de los adolescentes de protegerse contra el embarazo no planificado o contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El género es un factor mediante el cual percibimos el comportamiento, las relaciones y las decisiones de hombres y mujeres respecto a la reproducción. Estas percepciones son cruciales para comunicarse eficazmente con los hombres y las mujeres y proveerles de atención. Tan fuertes son los papeles basados en el género que generalmente se los da por sentados. Estos papeles se ponen de manifiesto en prácticamente todas las instituciones sociales, inclusive las estructuras familiares, las responsabilidades domésticas, los mercados de trabajo, las escuelas, los sistemas de atención de salud, la legislación y las políticas públicas. La influencia del género es tan poderosa como la de la religión, la raza, la condición social y la riqueza (Lamas, 1996).

Es importante diferenciar entre sexo y género, pues los dos términos, con frecuencia, se utilizan como sinónimos:

"El sexo es una categoría biológica. Según ésta los seres humanos, de acuerdo a las diferencias fisiológicas y morfológicas, pueden ser clasificados como hembras y machos. El género es una construcción sociocultural que define diferentes características emocionales, intelectuales y de comportamiento entre las personas por el hecho de ser hembras o machos. Distinguir entre sexo y género es útil para diferenciar lo que es "natural" (lo biológico) de aquello que no lo es (lo cultural)"

(Faiholc, 1994 pág.7).

Duarte (citado, en Elu y Langer, 1994), señala que la violencia de género, es decir, aquella violencia ejercida específicamente en contra de las mujeres, es uno de los mayores obstáculos para vivir como seres integralmente saludables. Es el reflejo de una sociedad que valora a la

violencia como un fenómeno "natural", basado en un modelo biologicista y determinista en el cual él "fuerte" puede y tiene que dominar al "débil".

A lo largo de las dos últimas décadas, las organizaciones de feministas hicieron de la violencia de género un tema prioritario en sus actividades, logrando que fuera reconocida como un asunto de derechos humanos por el gran impacto que ejerce sobre la vida y la salud física y emocional de las mujeres. A su vez, dentro de este reconocimiento, se incluyen los derechos sexuales y reproductivos mediante los cuales toda mujer puede libremente ejercer su sexualidad y adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

La Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Beijing en 1995 reconoce "los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos por ser una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales", según la experta María José de Alcalá de UNFPA. Esto significa que la violación de este derecho constituye una forma de violencia de género, que tiene impacto en la salud física y mental de las mujeres (Elu y Santos, 1999).

El concepto de derechos sexuales y reproductivos, a partir de su formulación en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, efectuada en El Cairo en 1994, está ligado al enfoque de género, que establece una relación diferente entre medicina y salud de acuerdo con lo aprobado en dicha conferencia, ya "que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear".

Precisamente una de las expresiones de violencia de género es la que está vinculada con la reproducción. Por regla general, las mujeres no tienen poder de decisión sobre su sexualidad y maternidad. Muchas no recurren a la anticoncepción por miedo a las represalias de sus maridos, ya que éstos la relacionan con la infidelidad, basados en la lógica de que la protección contra el embarazo permite que la mujer sea promiscua. Otro aspecto a considerar es la escasa información existente sobre los servicios públicos de anticonceptivos, en los cuales por ejemplo, no tienen cabida ni las mujeres solteras ni las adolescentes.

Otro fenómeno que configura un atentado a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es la mortalidad materna, que en la región reviste carácter de pandemia. De acuerdo con el informe *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas*, edición América Latina y el Caribe del Centro Legal para los Derechos Reproductivos y Políticas Públicas de Estados Unidos, en la actualidad el promedio de muertes maternas en la región es de 194 mujeres por cada cien mil nacidos vivos: la cuarta tasa más alta del mundo. La causa principal (el aborto clandestino) llega a los 4 millones al año, de los cuales 800 mil casos requieren hospitalización por complicaciones subsecuentes. En el Caribe, el aborto representa el 30 por ciento de las muertes maternas. "En su mayor parte"; advierte la experta Barbara Crosette refiriéndose a la magnitud de este fenómeno, "éstas no son muertes de mujeres enfermas o de las de muy ancianas o muy jóvenes, sino de mujeres sanas en la mejor etapa de su vida (Cerruti, 1993)".

Hace una década, la Organización Mundial de la Salud tomó la iniciativa de lanzar una cruzada denominada *Por una Maternidad sin Riesgos*, para llamar la atención sobre el problema de morbilidad materna, instando a los gobiernos a implementar políticas de salud acordes con las necesidades de las mujeres. Por su parte los movimientos de salud de las mujeres de América Latina y el Caribe instauraron desde 1987 el Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, tomando como eje central la mortalidad materna. Esta fecha se celebra cada 28 de mayo en todos los países de la región (Elu y Langer, 1994).

Se ha establecido que las muertes maternas están directamente ligadas a la cobertura institucional de los partos y que el mal estado nutricional de las madres de los sectores pobres contribuye a no poder enfrentar el parto en buenas condiciones. Así, la hemorragia y la toxemia son causas importantes de muerte materna.

Los establecimientos de salud reproductiva de los países en vías de desarrollo atienden a un menor número de adolescentes que a las personas que tienen veinte años o más. Aún cuando existen servicios de salud que

reciben a las mujeres casadas menores de 20 años proporcionándoles atención prenatal y de maternidad, rara vez se tienen en cuenta sus necesidades físicas, emocionales o relacionadas con su edad. Es más, los servicios anticonceptivos en general no son fomentados hasta que la joven casada haya tenido su primer o segundo parto.

Los proveedores de salud se muestran especialmente negativos a proveer servicios a las personas jóvenes no casadas. Esta falta de disposición es un reflejo de las actitudes sociales y las percepciones culturales que dicen que la actividad sexual entre los adolescentes no es apropiada. Sin embargo, a medida que un mayor número de jóvenes adolescentes solteras salen embarazadas, se están probando y evaluando nuevos esfuerzos para atender sus necesidades especiales de atención prenatal y de maternidad (Cerruti, 1993).

Los adolescentes generalmente tienen la menor información sobre la salud reproductiva y la sexualidad; tienen el acceso más limitado a los servicios de salud reproductiva así como todas las de perder al tener un embarazo indeseado.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema

Objetivo:

Identificar las actitudes de mujeres embarazadas adolescentes de 14 a 19 años de edad, ante el control prenatal en el municipio de Tlalnepantla.

Hipótesis

Las actitudes favorables de las mujeres embarazadas ante el control prenatal se relacionan con una mayor asistencia a éste.

Por lo tanto una actitud desfavorable se relaciona con una menor asistencia al control prenatal.

Variables

Independiente: Actitud.

Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos. Así, los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos.

Las actitudes tienen diversas probabilidades entre las que destacan dirección (positiva o negativa), intensidad (alta o baja); estas probabilidades forman parte de la medición. Una de las escalas más conocidas para medir actitudes es la Likert (Hernández, Fernández y Baptista, 1991).

Dependiente: Asistencia al control prenatal.

Acudir al control prenatal que es la atención sistemática y periódica

que se otorga a la embarazada con el objeto de observar el desarrollo fisiológico de la gestación, prevenir complicaciones maternas y perinatales, detectar y tratar patologías concomitantes y prepararla, física y psíquicamente, para el parto y el cuidado de su hijo (Faundes, citado, en Pérez y Donoso, 1992).

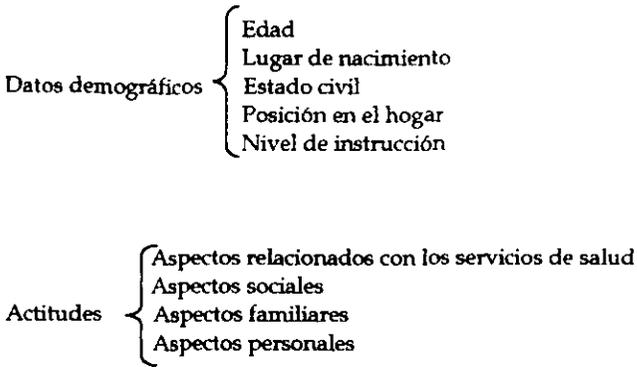
Población: Mujeres adolescentes embarazadas.

Criterios de inclusión. Se incluirán todas aquellas mujeres embarazadas que tengan entre los 15 y los 19 años de edad que vivan en la zona urbano popular del municipio de Tlalnepantla y colonias aledañas, que su embarazo sea normal y que acepten contestar el cuestionario.

Criterios de exclusión. Quedarán fuera de la muestra las mujeres embarazadas menores de 15 años y las mayores de 20, aquellas que no vivan en la zona urbano popular (por ejemplo: zona urbano marginal, zonas residenciales, etcétera) y que no pertenezcan al municipio de Tlalnepantla y sus alrededores o que tengan un embarazo de alto riesgo.

Diseño: La investigación es de carácter prospectiva (los datos se obtuvieron de acuerdo con los criterios del investigador), transversal (se realizó una sola medición de la muestra), descriptiva (sólo se cuenta con una población) y observacional (sólo se puede describir o medir el fenómeno observado) (Méndez y colaboradores, 1993).

Instrumento: Se utilizó un cuestionario de escalamiento tipo Likert, (anexo 1) que consta de 42 reactivos en donde se incluyen:



Control prenatal

De los 42 reactivos se tienen 38 preguntas cerradas y 4 preguntas abiertas.

4.2. Procedimiento

ETAPA I. PILOTEO DEL INSTRUMENTO

Primera fase. *Recolección de información.* Se realizó recolección de información sobre temas relacionados con la mortalidad materna, causas de la mortalidad materna, factores que influyen en la falta de asistencia al control prenatal, importancia del control prenatal y actitudes de las mujeres embarazadas. Esta información se obtuvo de diversas fuentes: libros, revistas científicas, gacetas, boletines, Internet, entrevistas y visitas a algunas instituciones.

Los lugares que se visitaron fueron:

- Biblioteca de la ENEP Iztacala
- Biblioteca Central UNAM
- Instituto Nacional de Perinatología
- Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud
- Maternidad sin Riesgos

Segunda fase. *Selección de aspectos que se incluirán en el cuestionario.* Se realizó una revisión de la información recolectada de donde se eligieron factores de riesgo que se consideraban importantes incluir en el cuestionario, los cuales fueron:

- datos generales
- aspectos socioeconómicos
- aspectos relacionados con el centro de salud
- aspectos personales
- aspectos relacionados con la religión
- aspectos relacionados con la familia
- aspectos relacionados con el control prenatal

A partir de estos aspectos se empezaron a redactar preguntas para cada uno de ellos.

Tercera fase. *Realización y muestreo de un primer cuestionario.* Se redactaron preguntas encaminadas a cada uno de los aspectos seleccionados anteriormente y se organizaron de tal manera que quedaran en el orden en el que se habían propuesto los factores de riesgo. Algunas preguntas se redactaron en forma interrogativa y otras como afirmaciones y negaciones, obteniendo un cuestionario de 46 preguntas. Para el muestreo de este primer cuestionario se aplicaron 30 y se utilizó como guía de entrevista para cinco personas.

Cuarta fase. *Reestructuración del cuestionario.* Considerando lo obtenido en el primer cuestionario, se reestructuró y de esta forma se obtuvo un nuevo cuestionario que constó de 51 reactivos, el cual servirá para la etapa de piloteo.

Quinta fase. *Piloteo del cuestionario.* El piloteo de un instrumento es una de las partes importantes de la investigación ya que con esto podemos darle validez a nuestro cuestionario, evaluando si en realidad nos permite obtener la información que necesitamos para nuestro trabajo.

En esta fase se aplicaron 280 cuestionarios (lo que equivale aproximadamente a cinco por reactivo) en comunidades cercanas a la zona en la que se pretende realizar la investigación, que en este caso es el municipio de Tlalnepantla.

Sexta fase. *Jueceo del cuestionario.* El jueceo del cuestionario lo realizó un equipo de trabajo de Hospital General de Ticomán formado un ginecólogo, un pediatra, un médico general, el director de este hospital y la jefa de trabajo social y un psicólogo de la UNAM.

Séptima fase. *Reestructuración del cuestionario.* Tomando en cuenta los resultados obtenidos en el piloteo y el jueceo, se procedió a la reelaboración del instrumento que se utilizará en la investigación.

ETAPA 2. APLICACION DEL CUESTIONARIO FINAL.

Primera fase. *Selección de los lugares de aplicación.* Del total de centros de salud del municipio de Tlalnepantla se sortearon y se eligieron cinco.

Se acudió a las afueras de ellos y también a algunas colonias aledañas pertenecientes a la delegación Gustavo A. Madero.

Segunda fase. *Levantamiento de encuestas.* Se asistió a las colonias y lugares ya mencionados esperaba hasta ver una joven embarazada se le acercaba y se le decía lo siguiente: "Se está realizando una investigación con el objetivo de saber cuál es su actitud hacia el control prenatal, ya que se ha visto en otras investigaciones que la mortalidad materna no ha disminuido y consideramos que es importante saber cuáles son las causas. Para ello necesitamos de su colaboración ayudándonos a contestar un cuestionario, el cual es totalmente confidencial y yo se lo voy a leer. La respuesta de la mayor parte de las preguntas me la tiene que dar de acuerdo a las opciones que le voy a dar. Si tiene alguna duda me puede preguntar inmediatamente y yo le explicaré; es muy importante que responda con sinceridad". En varias ocasiones fue necesario decir que no es tardado y es muy importante su colaboración".

CAPÍTULO 5

RESULTADOS Y DISCUSION

5.1 Resultados

ETAPA I. PILOTEO DEL INSTRUMENTO

Primera y segunda fase. *Recolección y selección de información.* En base al material bibliográfico recolectado se redactó el proyecto y se eligieron los siguientes aspectos para incluirlos en el instrumento. Se decidió que se elaboraría un cuestionario de escala tipo Likert que incluyera los siguientes aspectos:

- datos generales
- aspectos socioeconómicos
- aspectos relacionados con el centro de salud
- aspectos personales
- aspectos relacionados con la religión
- aspectos relacionados con la familia
- aspectos relacionados con el control prenatal

Tercera fase. *Elaboración y muestreo del primer cuestionario.* Se construyó un cuestionario que contenía 46 reactivos (cerrados). En la aplicación del cuestionario, se observó que era mejor contestado cuando el aplicador hacía la pregunta, ya que daban una respuesta acorde a lo que pensaban, pues si se les entregaba el cuestionario sólo marcaban una respuesta y en ocasiones no leían la pregunta. Por otra parte, se determinó que el orden de las preguntas debería de ser reconstituido ya que todavía existían algunas de pertenecían a un orden y se colocaban en otro. Así mismo se consideró que todo el cuestionario debería de llevar un solo diseño, es decir todos los reactivos deberían de estar redactados en forma de pregunta o en forma de afirmación.

En las entrevistas se encontró que las mujeres embarazadas en ocasiones no asistían al control prenatal porque se enteraban de su

existencia después del tercer mes, no les gustaba que las revisara el doctor y otras porque no lo consideraban muy importante. En estas entrevistas también nos pudimos dar cuenta que al estar preguntándole a la persona directamente se entabla una empatía y se da un ambiente de mayor confianza que permite obtener mayor información.

Cuarta fase. *Reestructuración del cuestionario.* Considerando lo obtenido en la etapa anterior se reestructuró el cuestionario eliminando las preguntas relacionadas con lo económico, ya que las mujeres no lo contestaban, se dirigían al ingreso más bajo o contestaban con desconfianza. Se incluyó una pregunta abierta ya que se consideró que era necesaria para complementar algunas otras interrogantes cerradas. Resultó así un cuestionario de 51 preguntas cerradas y una pregunta abierta; que fue el instrumento que se utilizó para realizar el piloteo y así validar el instrumento.

Quinta fase. *Piloteo del cuestionario.* Se aplicaron 280 cuestionarios en comunidades que rodean el Municipio de Tlalnepantla:

- Hospital General Ticomán
- Cuautepec
- Cuautitlán Izcalli
- Atizapán
- Ecatepec

En esta etapa de prueba piloto para determinar la confiabilidad de la escala del cuestionario se utilizó el procedimiento estadístico Alfa de Cronbach, esperando encontrar un coeficiente de 0.40 como mínimo satisfactorio para considerarlo confiable desde el punto de vista general.

Realizando el procedimiento estadístico se obtuvo un coeficiente estandarizado de 0.4248, lo cual superó las expectativas que se tenían de la confiabilidad del instrumento. Sin embargo, se decidió eliminar algunas preguntas cuyo valor dentro del análisis no tenían gran validez y así aumentar el Alfa de Cronbach.

Sexta fase. *Jueceo del cuestionario.* Se obtuvo que las preguntas que se

incluyen en el cuestionario sí están claras y permiten recabar la información que necesitamos sin embargo sugieren que se incluyan otros reactivos en los cuales se pregunte si la persona sabe qué es el control prenatal, en que medio se entero del control prenatal, si sabe donde se lleva el control prenatal, si se siente satisfecha con la revisión del medico y si considera que la forma en la que la revisa el medico es la adecuada.

Por otra parte en esta fase nos encontramos con que los propios médicos se encuentran con la preocupación de que no se propague por medios de comunicación algo tan importante como es el control prenatal ya que hay muchas personas que no saben que es y en qué consiste, pues comentaron que las personas regularmente asisten a máximo cinco consultas y consideran que mínimo deberían ser 15, para detectar a tiempo posibles complicaciones.

Séptima fase. *Reestructuración del cuestionario.* Tomando en cuenta los resultados obtenidos con el Alfa de Cronbach y el jueceo se decidió eliminar las siguientes preguntas.

- Religión que practica
- Número de hijos muertos
- El estado de salud en el embarazo ha sido bueno
- Horario en el que presta su servicio el centro de salud
- Relación con la pareja
- La pareja golpea o insulta
- La religión prohíbe asistir al control prenatal
- Tipo de clínica en la que prefiere atenderse

Además se decidió reducir la escala de respuestas a cuatro opciones para direccionar las respuestas de las entrevistadas y evitar así la neutralidad.

Finalmente el instrumento se constituyó de 42 preguntas, de las cuales 38 son cerradas y cuatro abiertas, que complementaban las preguntas que se habían eliminado (anexo 1).

ETAPA 2. APLICACION DEL CUESTIONARIO FINAL.

Primera y segunda fases. *Selección de los lugares de aplicación y levantamiento de encuestas.* Los lugares a los que se asistió para el levantamiento de la encuesta fueron muy variados, ya que se aplicaron los cuestionarios afuera de mercados, centros comerciales, escuelas, en fiestas de barrio "tocadas" y en algunos casos en su casa. La aplicación del instrumento fue de manera directa y personal, lo cual permitió recabar algunos otros datos que proporcionaban las mujeres en el momento de contestar el cuestionario; estos comentarios se desglosan en la siguiente fase (anexo 2).

Tercera fase. *Resultados obtenidos en el levantamiento de encuestas.* Los resultados que se obtuvieron de esta fase se analizaron estadísticamente y se organizaron de la siguiente forma:

DATOS DEMOGRÁFICOS

♦ Edad. Se entrevistaron 27 mujeres de 19 años; 22 de 18 años; 20 de 16 años; 16 de 15 años y 15 de 17 años (figura.2).

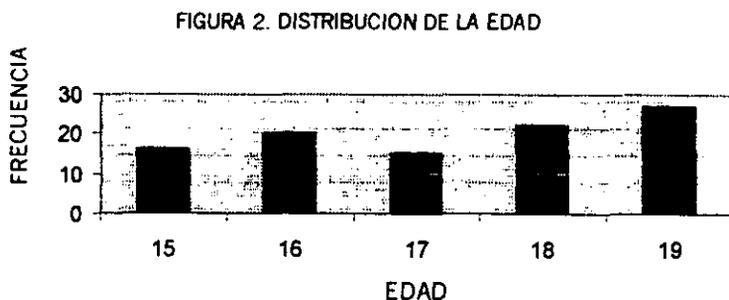


Figura 2. Esta figura muestra la distribución de la edad de la población de la investigación.

Podemos observar que hay mayor frecuencia de embarazo en las mujeres de 18 y 19 años de edad sin embargo no se puede dar una

afirmación de que en tal edad hay mayor número de embarazos ya, que no se observa una diferencia muy significativa.

- ◆ Lugar de nacimiento. El 45% era originaria del estado de México, 42 % del Distrito Federal y el 13% restante de diferentes estados de la República (Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz).

- ◆ Estado civil. El 51% de las mujeres encuestadas vivía en unión libre, 26% estaba casada; el 21% era soltera y el 2% tenía otro (viuda y divorciada). Realizando un análisis más detallado de acuerdo a la edad, se obtiene que a los 15 años la mayoría de las adolescentes son solteras y las restantes son casadas o viven en unión libre (figura.3).



Figura 3. Esta figura muestra el porcentaje del estado civil en el que viven las adolescentes entrevistadas.

- ◆ Posición en el hogar. La mayor parte de las adolescentes dijo ser cónyuge (57%), el 29% su posición era de hija (en algunos casos estando casada o viviendo en unión libre seguían siendo hijas) y el 14% mencionó tener otra posición en su casa como por ejemplo vivían en unión libre, ambos estudiando y viviendo en un cuarto aparte pero los mantenían sus padres a cada uno; vivían en casa de sus padres, pero su pareja les proporcionaba dinero y vivirían en unión libre cuando fuera ella mayor de

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

79

edad, y un solo caso de una joven viuda, los padres de su pareja la mantenían económicamente pero vivía con sus padres.

♦ Nivel de instrucción. El 74% contaba con estudios de secundaria, 13% de primaria completa, 3% primaria incompleta, 8% tenía educación media superior y superior y el 2% restante no contaba con estudios.

♦ Nivel de instrucción de la pareja. El 64% tenía estudios de secundaria, 19% estudios de educación media superior, 8% primaria incompleta, 1% no contaba con estudios y un 8% no vivía con su pareja y/o no sabía hasta que grado había estudiado (figura.4).

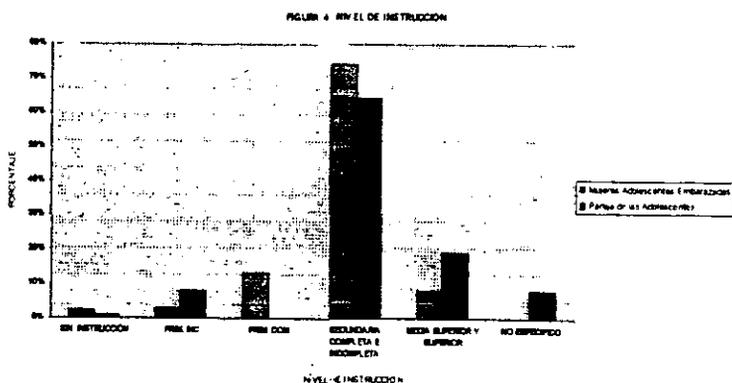


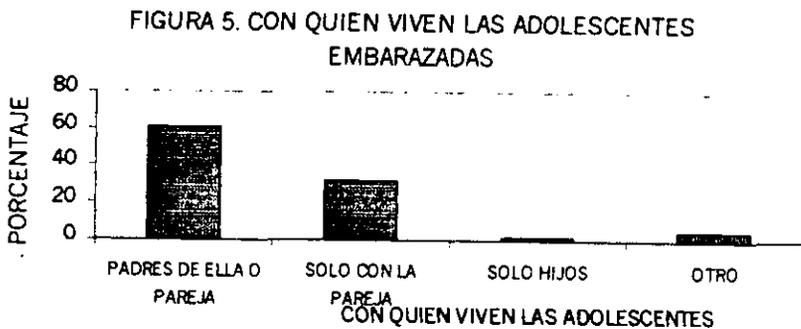
Figura 4. Esta figura nos muestra el nivel de instrucción de las adolescentes y el de su pareja.

Al comparar el nivel de instrucción de las adolescentes con el de su pareja (las que contaban con ella), podemos observar que el nivel de instrucción es mayor en estas mujeres en comparación con el de su pareja.

El nivel de instrucción promedio entre las adolescentes encuestadas fue de secundaria, lo cual es una característica de las zonas urbano populares.

♦ Ocupación de su pareja: Con relación a la ocupación de la pareja se dijo que el 26% es obrero, 16% comerciante, 1% ejerce carrera profesional, 8% no tiene trabajo, 2% no especificó y un 47% mencionó otras entre las que sobresalieron: estudiante, chofer de microbús o de taxi, herrero, ayudante de albañil, cargador y soldado.

♦ Con quién vive actualmente. El 61% de las adolescentes viven con los padres de ellas o padres de su pareja, 32% viven sólo con pareja e hijos, 2% sólo hijos y 5% otro (familiares o amigos) Figura.5.



♦ *Figura 5. Esta figura nos muestra con quien vivía la adolescente embarazada al ser entrevistada.*

♦ El lugar en que vive es. El 48% viven en un lugar compartido, 33% paga renta, 10% propio y 8% otro (prestado, lo están pagando).

◆ Número de embarazo. El 93% era primigesta y el 7% multigesta (ver anexo 3 y figura. 6).

FIGURA 6. NUMERO DE EMBARAZOS

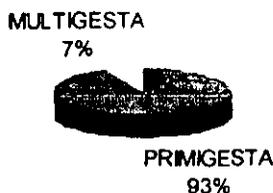


Figura 6. Esta figura muestra que el 93% de la población cursaba su primer embarazo y el resto el segundo o tercero.

ACTITUDES

A continuación se reportan los resultados obtenidos agrupando los reactivos en tres rubros: aspectos relacionados con el centro de salud, aspectos sociales, familiares y personales, con el fin de hacer una evaluación general de cada una de las categorías y relacionar algunas de ellas con las variables edad y estado.civil.

Las adolescentes que contestaron de acuerdo y totalmente de acuerdo se considero como una actitud positiva hacia esa afirmación, y las que contestaron en desacuerdo y totalmente en desacuerdo se consideró una actitud negativa hacia esa afirmación, lo cual nos permitió ver que dirección se tenía en cada uno de los aspectos evaluados.

Aspectos relacionados con los servicios de salud

Respecto a las actitudes mostradas hacia este rubro parece haber un consenso general, ya que en este sentido se obtuvo que el centro de salud se encontraba cerca (59%), que contaban con los recursos necesarios para trasladarse y pagar la consulta (82%), que las atienden con amabilidad (81%), les informan sobre el control prenatal (84%) consideran que tiene derecho a exigir una buena atención médica (73%).

En cuanto al tiempo de espera para ser atendidas en el centro de salud o clínica, el 77% dijo que el tiempo de espera es mayor a treinta minutos lo cual les provocaba aburrimiento, desesperación, estrés y prefieren no asistir por que no quieren esperar tanto tiempo.

Sin embargo, respecto a si dejan de asistir porque la atención que les brindan es mala no hay una dirección, ya que se tienen porcentajes semejantes en ambas direcciones, 48% y 52%, respectivamente (anexo 4).

El 78% de las mujeres prefiere la atención de una médico mujer, el 10% de un médico hombre; al 12% le es indiferente (figura.7).

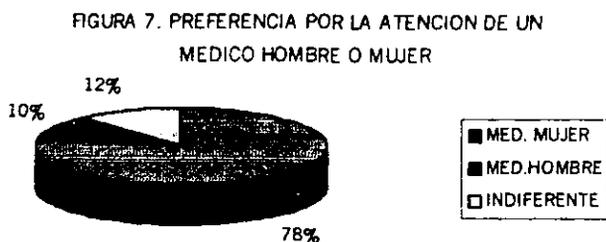


Figura 7. En esta figura podemos observar cual es la preferencia que tienen las mujeres hacia el sexo del médico que prefieren que las atienda.

Aspectos sociales

Las actitudes hacia los aspectos sociales también estuvieron encaminados hacia una misma postura, ya que se encontró: asistir al control prenatal es una obligación de las mujeres embarazadas (80%), si sienten molestias deben asistir inmediatamente al centro de salud (77%), el control prenatal no es para mujeres que se sienten enfermas (78%), no prefieren la atención de una partera (82%), consideran que no solo deben de asistir al control prenatal en su primer embarazo y en los siguientes ya no (89%). Respecto a que las mujeres que tienen hijos se les dificulta asistir al control prenatal por falta de alguien que se los cuide existió una tendencia positiva (47%) y

una negativa (53%) con un rango muy bajo de diferencia.

Aspectos familiares

En cuanto a estos aspectos nos podemos dar cuenta de que no hay ninguna actitud negativa por parte de los familiares, ya que se encontró que el esposo está de acuerdo en que asista al control prenatal (86%), las mujeres cercanas a ella no impiden que asista al centro de salud (88%), no es innecesario asistir al control prenatal porque su familia la cuida (87%) y que las mujeres cercanas a ella no consideran innecesario el control prenatal (88%).

Aspectos personales

La noticia de este embarazo provocó al 57% sorpresa, alegría al 27%, tristeza al 12% y rechazo al 4%. El estar embarazada al 61% le resulta aceptable, al 27% muy aceptable y al 12% poco aceptable. El principal estado de ánimo de las mujeres ha sido alegre (77%) y triste (23%).

Es interesante observar que al cruzar estos reactivos con la edad, encontramos que existe una tendencia que nos indica que a menor edad, mayor tendencia a que la noticia de este embarazo provoco tristeza, el principal estado de ánimo sea muy triste y prefieran la atención de una medico mujer (Ver anexo 5).

Así mismo si cruzamos los mismos reactivos con el estado civil de la adolescente encontramos que cuando la adolescente es soltera se tiene mayor tendencia a que la noticia de este embarazo provoque tristeza o rechazo, el principal estado de ánimo sea triste y prefieran la atención de una médico mujer; a diferencia de las que viven en unión libre o están casadas en donde la noticia de su embarazo les provoco sorpresa, su principal estado de ánimo es alegre y prefieren la atención de médico mujer, hombre o les es indiferente (ver anexo 6).

Consultas de control prenatal.

Se obtuvo que las mujeres embarazadas adolescentes asisten a cuatro consultas en promedio, por lo que se disidió desglosar de acuerdo con los meses de embarazo a cuantas consultas asisten (tabla 2 y figura.8).

TABLA 2. PROMEDIO DE NUMERO DE CONSULTAS SEGUN LOS MESES DE EMBARAZO.

MESES DE EMBARAZO	FRECUENCIA	INDICE PROMEDIO DE CONSULTAS DE C.P
2	2	2
3	1	1
4	13	1.92
5	10	2.9
6	26	3.1
7	17	4.6
8	15	4.7
9	16	4.5
PROMEDIO TOTAL		3.09

Tabla 2. En esta tabla se muestra el promedio de consultas de control prenatal a las que asisten las adolescentes embarazadas de acuerdo con los meses de embarazo.

FIGURA 8. NUMERO DE CONSULTAS DE CONTROL PRENATAL SEGUN LOS MESES DE EMBARAZO

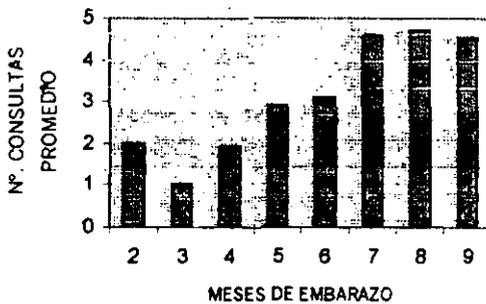


Figura 8. Nos muestra el número promedio de consultas según los meses de embarazo.

PREGUNTAS ABIERTAS

En las preguntas abiertas que incluía el cuestionario obtuvimos algunos argumentos que complementaban los reactivos referentes a actitudes. Además como el cuestionario se aplico de manera personal pudimos recolectar algunos comentarios que se consideraron importantes los cuales se presentan en esta parte de los resultados.

¿Cómo consideras que ha sido tu estado de salud durante tu embarazo? La mayor parte de las adolescentes consideró que su estado de salud era bueno, que se sentían bien, seguido de algunas que lo consideraban "regular", ya que al principio habían tenido algunas molestias y comentaron "nada fuera de lo normal, vómitos, ascos, mareos, sueño y no me daban ganas de comer". Solo dos de las adolescentes mencionaron tener algunos problemas de presión arterial alta, infección vaginal y una de ellas anemia.

¿Qué es lo que piensa tu esposo del control prenatal ? Respecto a este cuestionamiento la mayoría dijo "que está bien que vaya para saber cómo está el bebé", seguido de algunas que mencionaron "me dice que debo ir para que me digan cómo estoy yo y el bebé". Sin embargo, hubo algunas adolescentes que dijeron que "nada, el que puede decir" como por ejemplo en un caso en donde respondió "no me dice nada, solo que vaya, es que de esas cosas no hablamos, me da pena hablar con él de eso de la sexualidad y de esas cosas, por eso yo creo que a él también le da pena y no hablamos de eso". Se tuvieron cinco casos en los cuales la adolescente iba acompañada de su pareja y él fue quien contestó:

Caso 1. "Yo le digo que debe de ir para que revisen cómo está mi hijo y ella, para que no haya complicaciones"

Caso 2. "Que esta bien que vaya para que a la hora del parto ya no le dé tanto miedo"

Caso 3. "Debe ir porque es muy importante ya que así tiene un seguimiento y ya sabemos como esta el bebé y no nos vaya agarrar de sorpresa a la mera hora, mejor que la revisen, y cuando puedo la acompaño"

Caso 4. " Pues yo creo que esta muy bien que vaya porque así le explican todo lo del bebé y como esta muy chica yo le digo que ella también se debe de checar porque nos han dicho que puede tener complicaciones pero ella se siente bien, pero le da miedo y yo le digo que no le debe de dar miedo por eso la acompaño"

Caso 5. " A ella no le gusta ir porque dice que la tardan mucho pero ya le digo que aunque no quiera debe de ir para que sepa cómo está y el bebé este bien, por eso cuando va la acompaño para que los dos estemos al tanto y no se aburra"

También hubo casos en los que su pareja no se encontraba con ellas y no respondían.

Que crees que suceda si asistes al control prenatal. Ante este cuestionamiento, la mayoría de las adolescentes respondió: "Pues me van a revisar y me van a decir como este mi bebé". Otras dijeron " me dan nervios porque me da miedo que me digan que estoy mal yo o el bebé".

Que es lo que no te gusta del control prenatal. Al respecto parece haber un consenso general por parte de ella ya que la gran mayoría dice "que tardan mucho tiempo en atendernos" como por ejemplo en los siguientes casos:

Caso A: " Que tengo que perder todo el día me tengo que ir a las 6:30 de la mañana para alcanzar ficha, me espero mucho tiempo y cuando paso el doctor nada más me pregunta como se ha sentido, le digo que bien, ni me pesa y me cita para el próximo mes y voy saliendo hasta las 11:30 o 12:00".

Caso B: " Ay que se tarda mucho en atender. Me aburro, me da hambre pero tengo que ir porque si no, no me dan el pase".

Caso C: " Lo que no me gusta es el tiempo que lleva ir al médico porque cuando paso con él me trata muy bien me explica y si revisa bien. Pero pierdo casi seis horas, en lo que llego al hospital, sacar ficha, tramites que se hacen y en lo que soy atendida. Porque me voy de mi casa antes de las 6:00 y regreso un poquito antes o después de las 12:00".

Caso D: " Que me tengo que esperar hasta cuatro o cinco horas para que me atiendan y además no me gusta cuando me revisan"

Algunas mencionaron que no les gusta que las revise el doctor, que les da mas confianza una doctora o que sólo les digan esta bien venga el próximo mes.

Por otra parte, también hubo algunas que dijeron que todo les gustaba y no les molestaba nada.

COMENTARIOS DE LAS ADOLESCENTES DURANTE LA APLICACION DEL CUESTIONARIO.

En la aplicación de los cuestionarios se presentaron algunos comentarios, entre los que destacaron los siguientes:

“ Sé que es importante ir al control prenatal pero crees que me den ganas de ir con todos los problemas que tengo en mi casa, me tratan indiferente, no me hacen caso y pues tienen razón pero ya qué estar embarazada y no puedo hacer nada”

“ Si me explican que debo de ir pero me aburro esperar mucho tiempo, no me gusta que me revise un doctor y otro, me digan cosas y por eso mejor voy al doctor particular cuando tengo dinero”

“ Creo que es importante que realicen este tipo de trabajos ya que hablemos muchas chavas que luego no sabemos ni qué por ejemplo, salimos embarazadas sin planearlo, todo por no saber cuidarnos”

“Yo creo que los doctores deben tener más educación para tratarnos, ya que nos tratan mal como si fuéramos algo malo y por eso luego no dan ganas de ir”

“ La verdad yo no iba porque no quería hacerme a la idea de que estaba embarazada. Entonces yo decía no pasa nada, espérate, no estás embarazada y dejaba que pasara el tiempo, hasta que mi novio casi me forzó a ir al doctor para sacarnos de dudas y ya tenía cuatro meses”

“ Me acababa de casar por el civil porque estaba embarazada y mis padres dijeron que me tenia que casar, me llevaba muy bien con mi esposo, él deseaba mucho al bebé pero a los quince días lo mataron en la calle y ahora quede sola con mi bebé por eso ya me voy a regresar a mi casa con mis padres pero mis suegros no me dejan ir”

“ Estoy muy feliz con mi embarazo me siento bien pero no me gusta esperar mecho tiempo sentada a que me atiendan deberían de hacer algo para que no se tarden mucho tal vez poner más consultorios y/o agilizar los tramites administrativos”

Con estos comentarios nos podemos dar cuenta de que la adolescente embarazada en ocasiones si esta consiente de que debe de asistir al control prenatal, sin embargo en muchas ocasiones existen diferentes problemáticas que giran alrededor de ellas que no permiten que ellas asistan al control prenatal y si a ello le agregamos que se tardan más de treinta minutos en ser atendidas nos encontramos con una condición desfavorable.

5.2 Discusión

La adolescencia, que es el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de vida se caracteriza por los cambios físicos, sociales y psicológicos que transcurren en ella y la forma de afrontarlos. El embarazo en esta etapa generalmente viene a modificar este desarrollo, de manera que la adolescente generalmente se enfrenta a un embarazo no deseado, lleno de confusiones, rodeado de problemas sociales y familiares que van a determinar las actitudes que tenga la adolescente en relación al cuidado prenatal.

Sabemos que hay problemas presentes en nuestra sociedad y muchas veces no los vemos hasta que estamos frente a ellos y queremos ver la forma de contribuir a disminuirlo. éste es el caso de las adolescentes embarazadas que no asisten al control prenatal. Al salir a la calle para saber cuáles son las actitudes de estas adolescentes no las encontramos y tenemos que comenzar a buscarlas como fue el caso de esta investigación en donde encontramos a las adolescentes en los mercados, centros comerciales, tortillerías, afuera de la secundaria, en bailes de barrio "tocadas", incluso se recurrió a preguntarles a otras adolescentes si no tenían conocidas de su misma edad que estuvieran embarazadas y por medio de ellas se fueron encontrando.

Es muy claro observar que las adolescentes embarazadas solteras regularmente se encuentran en su casa y casi no salen ya que tratan de aislarse de la sociedad para no ser criticadas ya que incluso los padres se sienten apenados como fue en el caso de una joven que estaba en la puerta de su casa con su madre, y al preguntarle si podía contestarnos el cuestionario su madre dijo: "pues contesta ya que estas embarazada no", mostrando una cara de frustración y se metió a su casa dejando a la adolescente que contestara.

El estado civil de las adolescentes también es determinante en la actitud que ellas tengan durante su embarazo y el cuidado de éste.

En una investigación realizada por Ipas (1998) se menciona que las

adolescentes que descubren que están embarazadas, sin haberlo planeado, y sin haber tenido la oportunidad de experimentar las diferentes facetas de la vida en pareja en mejores condiciones; una cuarta parte son madres solteras, muchas viven en unión sólo debido a este fortuito embarazo. Esto se pudo observar en los resultados de la investigación ya que la mitad de las adolescentes de la muestra vivían en unión libre, aproximadamente una cuarta parte era soltera y el resto estaba casada.

Se encontraron dos casos en los cuales las adolescentes se encontraban cursando el tercer grado de secundaria cuando se enteraron de su embarazo, el cual ocultaron hasta que se dieron cuenta en la escuela, donde les pidieron que ya no asistieran, dándoles como justificación que era mucha responsabilidad para la escuela por el riesgo que corrían ya que los directivos de ambas escuelas dijeron que era un embarazo de alto riesgo; sin embargo en ambos casos les dieron la oportunidad de obtener su certificado entregando algunos trabajos y presentando exámenes extraordinarios, una de ella menciona que se sentía muy mal porque ella tenía ganas de seguir estudiando pero ya no lo podría hacer y por en momento vivía con sus padres pero en cuanto le entregaran su certificado iría a vivir con su pareja en unión libre. Lo cual nos da una idea más clara de lo que menciona Rodríguez (citado en Aguilar, 1996) que ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. En ocasiones los padres obligan sus hijas a contraer matrimonio precoz y forzado, del que la mayoría de las veces resulta un matrimonio inestable que fracasa y termina en divorcio.

Pero al igual que el embarazo, la unión libre o los matrimonios tampoco suelen ser deseados, ya que muchas veces obedecen a presiones sociales o familiares como es el caso de las adolescentes mencionadas anteriormente quienes mostraban una cara de angustia y tristeza al mencionar que vivirían en unión libre una de ellas y la otra se casaría dando un suspiro al decir "solo por el civil".

Por lo que respecta a las actitudes que tuvieron las adolescentes; respecto a los servicios de salud se encontró que el único problema

realmente persistente es que tardan mucho tiempo en esperar ser atendida lo cual nos indica que dentro de los servicios de salud se hace un esfuerzo por tratar con amabilidad a las pacientes, informarles sobre el control prenatal y que la mayor parte de las personas cuentan con un centro de salud cerca de su domicilio y además cuentan con los recursos necesarios para trasladarse y pagar su consulta sin embargo el tiempo de espera viene a echar atrás este trabajo ya que existe una resistencia a asistir a ellos por la predisposición que ya se creo de decir asistir al control prenatal es igual a perder todo el día para nada.

Por otra parte se pudo observar que socialmente se tiene claro que es importante asistir al control prenatal y que además es una obligación de todas las mujeres embarazadas y no solo en su primer embarazo. Teniendo como prioridad asistir a un hospital ya que para la hora del parto la mayoría dice no acudir con una partera.

Nos pudimos dar cuenta de que principalmente en las adolescentes que habían nacido en algún estado de la república, comentaron que al momento del parto no asistirían con la partera pero si en los primeros y últimos meses para que "les acomoden el bebé". Durante el trabajo de aplicación de los cuestionarios nos encontramos con una partera, la cual se acercó a ver qué era lo que se le estaba preguntando a la adolescente y cuando tuvo la oportunidad preguntó al respecto. Al explicarle que se trataba de ver cual era la actitud de las mujeres ante el control prenatal se interesó y dijo que ella era una partera y que aunque ya no era muy solicitada todavía había personas que acudían con ella para que les acomodara el bebé y que cuando ella observaba que eran mujeres muy jóvenes o con problemas las mandaba inmediatamente al doctor para que fueran atendidas.

Lo anterior concuerda con lo señalado por Castañeda-Camey (1998) ya que la partera empírica continúa utilizando recursos herbolarios y terapias manuales y en partos de alto riesgo los refiere al médico.

Con esta situación podemos decir que las parteras aun siguen ocupando un lugar en la comunidad como una cuestión cultural ya que tradicionalmente comunidades se ha tomado el concepto "acomodar el

bebé" como si fuera algo indispensable antes del parto aunque se asista al control prenatal adecuadamente.

Por otro lado, respecto al estado de salud de las adolescentes durante el embarazo en su mayoría manifestaron que era bueno, lo cual concuerda con lo mencionado por Villanueva (1999), ya que las complicaciones físicas no se observan con mucha frecuencia en las adolescentes mayores de 15 años.

Sin embargo como menciona García (1998) podemos encontrar problemas relacionados a la crisis a la que enfrenta la adolescente ya que se puede sentir frustrada, desolada, abatida, desamparada y con una muy baja autoestima, con frecuencia manifiestan ansiedad, depresión y hostilidad lo cual lo pueden manifestar de diferentes formas como es el descuido personal y la negación a la atención médica, lo cual se pudo notar en algunas adolescentes que generalmente eran solteras. Lo cual nos indica que en estas condiciones las adolescentes tienden a tener una baja autoestima que las lleva al descuido total de ellas.

Dentro de estos aspectos personales de la adolescente embarazada es importante señalar que el hecho que la noticia de su embarazo les haya causado principalmente sorpresa, tristeza y/o rechazo nos da la pauta para decir que por consiguiente no era deseado y exista una resistencia a aceptarlo durante los primeros meses y conforme pasan los meses tratan de asimilarlo y su estado de animo empieza a ser alegre.

Martínez, Reyes y García (1996) mencionan que las mujeres que cursan su primer embarazo tienen mayor probabilidad de asistir adecuadamente, lo cual puede deberse a una mayor sensibilidad, a la preocupación de presentar alguna complicación, a la ausencia de otros hijos que impidan el desplazamiento, o bien los consejos de los familiares. Con lo cual se está de acuerdo ya que por parte de los familiares se nota un claro interés por que asistan al control prenatal, ya que mencionaron que no les impedían ir y que al contrario, les insistían en que fueran y que en algunas ocasiones las acompañaban.

Sin embargo algunas adolescentes prefieren que no las acompañen sus "suegras" ya que mencionan que son muy "metiches" y que luego las regañan como por ejemplo: les molesta que les digan "ya ves el doctor dice que debes de comer bien y tu no comes". Además el hecho de que las acompañen a todos lados, ya sea su madre o familiares de su pareja (mercado, centro de salud, a las tortillas, con sus familiares, etcétera) les hace sentir mal porque se sienten sobreprotegidas y estaban acostumbradas a ser "independientes". Y mencionan que ellas preferirían que las acompañara su pareja.

El hecho de que la pareja se haga presente es muy importante para contribuir a la motivación para asistir al control prenatal, ya que al encontrarnos con adolescentes que iban acompañadas por su pareja, ellos mostraron interés y cuando la pregunta del cuestionario se refería a ellos, tomaban la palabra y respondían muy amablemente. En dos de los casos mencionaron que era un trabajo muy bueno e interesante, pues había veces que su pareja no quería ir al médico y ellos estaban siempre motivándola para que fuera, ya que les preocupaba el estado de salud de ella y de su hijo. Por tanto se concuerda con Tiburcio (1995) haciendo notar que la importancia de la participación del hombre se ve reflejada en una mayor asistencia al control prenatal.

En relación con la asistencia al control prenatal se concuerda con lo mencionado por De la Garza (1997), ya que las adolescentes asisten a cuatro consultas en promedio y el menciona que es evidente que las jóvenes acuden a menos de cinco consultas, siendo un factor de riesgo para complicaciones obstétricas.

En la revista *Network en español* (1998) se menciona que las normas de género que hacen que las mujeres sean sumisas y guarden silencio con el esposo, y las normas que equiparan los conocimientos de las mujeres acerca de la sexualidad con la promiscuidad, también influyen en la capacidad de las mujeres de hablar abiertamente con los proveedores de atención de la salud del sexo masculino acerca de las cuestiones sexuales íntimas ya que para algunas mujeres, los servicios de salud reproductiva prestados por los hombres son inaceptables.

Lo cual podemos sustentar con lo que se obtuvo ya que la mayor parte de las adolescentes prefiere la atención de una médico mujer, algunas de ellas dando como justificación que no les gusta que las revise un médico hombre porque son morbosos, que les da pena, que las mujeres entienden más porque son mujeres, que son menos salvajes y que las atienden mejor. Estas justificaciones nos remiten a pensar que las cuestiones de género siguen influyendo incluso en la búsqueda de atención médica y que además puede ser un factor importante que determine si se va o no al control prenatal dependiendo del médico que haya tocado la primera vez.

Lo cual podemos complementar con lo mencionado por Alkins, (cit. en Elu y Langer, 1994) que menciona que en muchos casos, las actitudes y comportamientos, tanto de la mujer, su familia y su comunidad, como de prestadores de servicios -cuando la mujer accede a ellos- no favorecen el que la mujer lleve un control sobre su reproducción así como la utilización de servicios de planificación familiar y de atención prenatal.

De manera general podemos decir que en relación a los servicios de salud el tiempo de espera para recibir un servicio es un factor que determina si la persona busca o ya no el servicio ya que le es desesperante estar mucho tiempo en la sala de espera. Además sería importante concientizar a los médicos que la atención a la adolescente embarazada se debe de dar de manera ética y profesional sin involucrar sus opiniones y sentimientos hacia ellas ya que mencionan que en algunas ocasiones se sienten agredidas cuando les dicen que están muy chicas, que como si tuvieron relaciones y se embarazaron y no quieren que las revisen, etc.

Es importante considerar que la adolescente embarazada regularmente se encuentra rodeada de problemas debido a ese embarazo no planeado e inesperado y se siente confusa y el asistir al control prenatal generalmente es por la preocupación que tienen hacia el bebé sin tomarse en cuenta ellas y les da miedo que les digan que tienen algún problema.

Retomando lo mencionado por Summers (1986) sobre las actitudes, podemos confirmar lo que postula ya que generalmente ya existía una

predisposición por parte de las adolescentes en relación al tiempo que se tardan en atender en el centro de salud y eso determinaba que asistieran o no al control prenatal.

CONCLUSIONES

La presente investigación se realizó en el Municipio de Tlalnepantla y zonas aledañas, en donde la población estuvo conformada por mujeres adolescentes embarazadas, con la finalidad de identificar sus actitudes en relación al control prenatal.

De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación se puede decir que en el Municipio de Tlalnepantla generalmente la mitad de las adolescentes embarazadas viven en unión libre y una cuarta parte es soltera, su posición en el hogar es de cónyuge o hija, la escolaridad de estas mujeres es de secundaria y la mayoría vive unida a una familia sea la de ella o la de su pareja. Estas condiciones en las que viven las adolescentes embarazadas empiezan a determinar sus actitudes hacia el control prenatal.

En relación a las hipótesis propuestas en podemos confirmar que las actitudes favorables de las mujeres embarazadas ante el control prenatal se relacionan con una mayor asistencia ya que se encontró que el hecho de que las mujeres no tuvieran problemas referentes a aspectos sociales, familiares y personales contribuía a que si asistieran al control prenatal ya que las mujeres estaban conscientes de la importancia de asistir al control prenatal.

Sin embargo también se encontró que la actitud desfavorable que se tenía en cuanto al tiempo que tardaban en atenderlas en el centro de salud influía en el hecho de que ellas asistieran o no asistieran al control prenatal ya que se creaba una predisposición.

A manera de conclusión se puede decir que las mujeres embarazadas tienen una actitud favorable en relación al control prenatal no obstante el tiempo que tardan en esperar para ser atendidas, el ser madres solteras y no aceptar en su totalidad el embarazo influye en el hecho de que no asistan al control prenatal.

Es importante que las instituciones médicas encargadas de proporcionar este servicio se tomen conciencia de este problema que acarrea el hecho de que se tarden mucho tiempo en atender a las personas

ya que esto viene a echar abajo las conductas favorables que se tienen en relación a este servicio.

El control prenatal como forma de prevenir la mortalidad materna ha contribuido a que las mujeres actualmente se traten de interesar por su salud y sobre todo las adolescentes que van iniciando su edad reproductiva.

Las actitudes que las adolescentes se creen en relación al control prenatal son determinantes en su asistencia ya que en muchas ocasiones dentro de su proceso de aceptación de su embarazo se tienen algunos encuentros con personas que tratan de tacharlas por el hecho de ser adolescentes y estar embarazadas, lo que contribuye a crear actitudes negativas que no permiten una adecuada asistencia al control prenatal.

El instrumento empleado en la investigación nos permitió identificar algunos aspectos relacionados con las actitudes de las adolescentes ante el control prenatal no obstante aun quedan muchas preguntas sin responder, sería recomendable, que en posteriores investigaciones se incluyeran entrevistas abiertas y de grupo, historias de vida e incluir preguntas relacionadas con la forma en que ha enfrentado la adolescente su embarazo.

Sería importante continuar con este tipo de investigaciones, por lo que se sugieren los siguientes temas:

- Actitudes de las mujeres embarazadas adolescentes ante el control prenatal en el Distrito Federal y otros Estados de la República.
- Actitudes de las mujeres embarazadas adolescentes ante su embarazo
- Actitudes de la pareja de las adolescentes embarazadas ante el control prenatal.
- Actitudes de los educadores de los adolescentes ante el embarazo en las adolescentes.
- Importancia de la actitud de la adolescente ante el embarazo para la aceptación de un embarazo no deseado.
- Actitudes de los padres de las adolescentes embarazadas ante el embarazo de sus hijas.

El trabajo de campo permite conocer las condiciones en las que se desarrollan las personas estudiadas y tener un acercamiento más directo que contribuye a que el investigador se encuentre con una relación más cercana al problema estudiado.

El estudio de las actitudes contribuye a que se identifiquen factores que están creando una actitud desfavorable en relación a un objeto.

En esta investigación se cumplieron las expectativas que se tenían ya que se cumplió el objetivo , llegando así a la conclusión de que *las mujeres embarazadas adolescentes del Municipio de Tlalnepantla presentan actitudes favorables en cuanto a la importancia que tiene el control prenatal, la responsabilidad que se tiene de asistir adecuadamente, los familiares apoyan la asistencia, en relación a los servicios de salud los costos y la cercanía las tiene satisfecha y a pesar que la noticia de su embarazo les causo sorpresa finalmente terminan aceptando su embarazo.*

Sin embargo existen factores que no permiten esa adecuada asistencia ya que el tiempo de espera para ser atendidas es mayor a treinta minutos y crea en ella una predisposición de que se van a tardar mucho tiempo y generalmente es la causa de su no asistencia.

REFERENCIAS

- Acosta, G. (1993) "Embarazo en adolescentes en el Hospital Universitario Metropolitano". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 44 (3), 213-216.
- Aguilar, J. A y Mayen, H (1996) .Hablemos de sexualidad. Lecturas, Mexfam, Conapo, 117-150
- Aldana, E. y Atkin, C. (1997) "Depresión durante el embarazo en adolescentes". Perinatología y Reproducción Humana. 11(4): 184-189.
- Amado, L; Beltrán, A y Miranda C. (1994). En buen Plan. Curso de atención a la salud reproductiva para adolescentes . Secretaria de Salud.
- Angulo-Vázquez J, Ornelas A.J, Rodríguez, A. (1999) "Mortalidad materna en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente". Ginecología y Obstetricia de México. 67(9): 419-424.
- Arciga, S. (1997) "Actitudes de los jóvenes frente a la sexualidad". Jóvenes. 2 (5), 98-111.
- Barnett, B. (1998) "La planificación familiar y la vida de las mujeres", Network en español, vol.18, no.4, 27-32
- Barrios J., Ramos A. (1993) "Adolescencia y embarazo. Aspectos perinatales y socioeconómicos". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 44(2): 101-106.
- Bonfil, P y Vania, S. (1998). Mujeres pobres: Salud y trabajo. México: Gimtrap, 13-30.
- Campero - Cuenca, L (1996). "Educación y salud de la mujer: reflexiones

desde una perspectiva de género" Salud Pública México, 38(1), 217-222

Castañeda, I. (1990) "Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda". Salud pública de México. 32 (4), 419-427.

Collier, G; Minton, H; y Reynolds, G. (1991) Escenarios de la psicología social. Técnos, España.

De la fuente y colaboradores (1999) "Importancia de la asistencia al control prenatal" www.salud.com

Ehrenfeld, L. (1994). "Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada". Salud pública de México. 36 (2), 154-160.

Elu, M y Santos, E. (1999) Una nueva mirada a la Mortalidad Materna en México. Comité promotor por una maternidad sin Riesgos en México.

Elu, M y Langer, A. (1994). Maternidad sin riesgos en México. Comité promotor por una Maternidad sin riesgos en México. 53-68.

Espinoza, C.M y Carbajal, H. (1998). Adolescencia y vida. Grupo editorial NORMA educativa. 9-105.

Fainholc, B. (1994) Hacia una escuela no sexista. Argentina: Aique grupo editorial. 7-10.

Ferrer, F (1992). Como educar la sexualidad en la escuela. Ed. CEAC. Barcelona, 86-121

García, B. y Castañeda, C. (1993) "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo". Salud Publica de México 35: 74-84

García, J. (1993) "Características reproductivas de adolescentes y jóvenes en la ciudad de México". Salud pública de México. 35 (6), 684-691.

- GIRE (1997). "Alta tasa de embarazos entre las adolescentes mexicanas"
[Http://gire.adolescentes.con.mx](http://gire.adolescentes.con.mx)
- González, L. (1996) "Utilización adecuada de la atención prenatal en le Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud pública de México. 38 (5), 341-350.
- Gross, R. (1998). Psicología: La ciencia de la mente y la conducta. Manual Moderno, México, 125-154.
- Gutiérrez, A. (1997) "Jóvenes en concreto". Jóvenes. 1 (5), 30-43.
- Harré, G y Lamb, R. (1990). Diccionario de psicología evolutiva y de la educación. Barcelona: Paidós.
- Hernández, S; Roberto, P; Baptista, L. y Fernández, C. (1991) Metodología de la investigación. México, McGraw-Hill.
- Hewstone, M. (1994) Introducción a la psicología social. Una perspectiva Europea. Ediciones Egos.
- Ipas (1998) "Maternidad en las Américas" "Maternidad Adolescente" "Salud reproductiva para todas las mujeres" www.ipas.org
- Lamas, M (comp.) (1996). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México, Programa Universitario de Estudio de Género UNAM/Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, Colección. Las Ciencias Sociales, serie Estudios de Género.
- Lutz, E.(1995) "Las adolescentes y su derecho al ejercicio de la sexualidad". SNDIF-UNICEF.Programa nacional de prevención y atención integral a la madre adolescente.
- Langer, A. (1994) "La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido" en Ortiz, A. (1994) Razones y pasiones en torno al aborto. México: Edamex/Population Council, 149-153.

- Lozano, T. (1998). Embarazo en Adolescentes. Manuscrito no publicado. México. Campus Iztacala/ PUEG. UNAM.
- Martínez, G. I, Reyes F y García, P. (1996) "Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social" Salud Pública de México . 36: 34-41.
- Maternal-mortality (1998). "Una vista a la mortalidad materna" www.safemother.com
- Méndez, R y colaboradores. (2000) El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. 2ª ed; 7ª reimp; México, Trillas.
- Merani, A.(1982). Diccionario de psicología. Barcelona: Grijalbo
- Monroy, A. (1990). Sexualidad y adolescencia. Centro de Orientación para Adolescentes, Edit. Pax, México.
- Montenegro, M. P y Guajardo, R. H. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago: Salvador
- Morales, F. y Olza, M. (1996) Psicología social y trabajo social. España, Mcgraw · Hill.
- Myers, G. D (1991). Psicología Social . Edit. Panamericana, México, 32-75.
- Murillo, A. (1996) "Mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud pública de México. 35 (5), 377-383.
- Núñez, R. H. y Rojas, C. A. (1998) "Prevención y atención del embarazo en a adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres" www.salud-latina.com
- Ortigoza-Corona, E. (1999) Programa de salud sexual y reproductiva del adolescente. Salud Reproductiva.

- Palma, I. (1995) "El embarazo adolescente desde una perspectiva de género" SNDIF-UNICEF. Programa nacional de prevención y atención integral a la madre adolescente.
- Papalia, E. D y Olds, W. S (1997). Desarrollo humano. Mc. Graw-Hill Interamericana, México, 45-92.
- Paz, F. M; Cruzat, C. H y Barrera, Q. M. (1999). "El embarazo en edades tempranas. Algunas consideraciones al respecto". Revista Cubana de Enfermería. Vol. 15, N°.1, 7-22 .
- Pérez, S y Donoso, S.(1992). Obstetricia. Ed. Publicaciones Técnicas Mediterraneo Ltda. Segunda Edición 156-167
- Pino, M; Chavez, E. y Molina, D (1998). "El embarazo como un hecho" cultural. www.diariohoy.com.mx
- Real Academia de la lengua Española (1992). Diccionario de la lengua española. Madrid:Real Academia de la lengua Española.
- Reyes, F. S. (1994) Mortalidad Materna en México. Instituto Mexicano del Seguro Social. Seguridad y solidaridad social.
- Rodríguez, G. (1995) "Libertad o destino: Incertidumbre sexual entre las y los jóvenes". www.saludsexulreproductiva.com
- s/a. (1998) "Maternidad prematura". Salvia. 28, 1-4. www.salvia/art.mx
- Sereno, J.A; Castillo M. R y Mendoza, R. (1993). "Embarazo en la adolescente: un reto médico-social". Revista latinoamericana de Perinatología. Vol. 13. N° 2. Federación Latinoamericana de Asociaciones de Medicina Perinatal. 74-84 .
- Stern, C. (1997) "El embarazo en la adolescencia como un problema público: una visión crítica" Salud pública de México. 39 (2), 137-143.

Stern, C. (1998). "Prioridades de investigación para la prevención del embarazo en adolescente en México: un punto de vista heterodoxo". Obra sin publicar.

Stern, C. y García, E. (Sin Fecha) "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente". Obra sin publicar.

Summers, Gene (1986). Medición de las actitudes. Trillas, México, 12-48.

Tiburcio, T. y H. Avila-Rosas. "Embarazos en la adolescencia: Influencia de algunos atributos sociales", en Perinatología y Reproducción Humana. Vol.9. No. 1. INPER. México. 1995. . 37-45.

Valdéz, S. (1997). "Donde más duele. Violencia en el embarazo" Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud /INSP. www.insp.mx

Valdéz, S. (1996) "La violencia domestica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer" Salud pública de México. 38(5), 352-360

Vázquez, M. A; Cruz, C, F y Almirall, C. A (1995) "Repercusión materna del embarazo precoz". Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Vol . 21, Nº 1, 45-58.

Villanueva L.A, Pérez F.M, Martínez A.H, García L.E. (1999)"Características obstétricas de la adolescente embarazada". Ginecología y Obstetricia de México . 67(8): 356-360.

www.psicologia.com. "Embarazo no deseado"

www.ops.méx.org.com. "Adolescentes embarazadas causas y consecuencias"

www.safemother.com. "Principales causas de la muerte materna"

www.dif.gob.mx. "Niñas que juegan con bebés"

ANEXOS

FOLIO _____

Lee cuidadosamente las siguientes preguntas y respóndelas con sinceridad. El cuestionario es anónimo, así que nadie sabrá lo que tú contestes. Si tienes alguna duda acerca de lo que significa una palabra o cómo contestar, pregunta a la persona que te dio el cuestionario.

MUCHAS GRACIAS.

1. Edad _____
 2. ¿Cuál es el nombre de la colonia en la que vives? _____
 3. ¿Cuántos meses de embarazo tienes? _____ meses
 4. Contando éste, ¿cuántos embarazos has tenido? _____ embarazos
 5. Estado civil. (marca con una x)

1. Soltera	2. Casada	3. Unión libre	4. Otra _____
------------	-----------	----------------	---------------
 6. Lugar de nacimiento _____
 7. Si no naciste en el estado de México o D.F. ¿cuánto tiempo hace que llegaste? _____
 8. ¿Cuál es tu nivel de instrucción? (Marca con una x).

1. Sin instrucción	2. Primaria incompleta	3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta y completa	5. Media superior y superior	
 9. ¿Cuál es el nivel de instrucción de tu pareja?

1. Sin instrucción	2. Primaria incompleta	3. Primaria completa
4. Secundaria incompleta y completa	5. Media superior y superior	
 10. ¿Cuál es tu posición en el hogar?

1. Jefe de hogar	2. Cónyuge	3. Hija	4. Otro
------------------	------------	---------	---------
 11. ¿Cuál es la ocupación de tu pareja?

1. Obrero	2. Comerciante	3. Ejerce carrera técnica
4. Ejerce carrera profesional	5. Sin trabajo	6. Otro _____
 12. ¿Cuántos hijos vivos tienes? _____ hijos
 13. ¿A cuántas consultas de control prenatal ha asistido en este embarazo? _____ consultas
 14. ¿Cómo consideras que ha sido tu estado de salud durante tu embarazo?
-
15. Prefieres que te atienda un médico hombre o un médico mujer?

1. Médico hombre	2. Médico mujer	3. Indiferente
------------------	-----------------	----------------
 16. Si has estado embarazada antes, ¿cuántas veces por embarazo asististe al control prenatal?

1. Una vez	2. Dos veces	3. Más de tres veces	4. Ninguna
------------	--------------	----------------------	------------

17. ¿Dónde ha(n) nacido tu(s) hijos?
 1. En el hospital 2. En la casa 3. En la casa de una partera 4. Otra _____
18. ¿Con quién vives?
 1. Esposo e hijos 2. Sólo hijos 3. Padres del esposo o tuyos 4. Otro _____
19. El lugar en que habitas es:
 1. Propio 2. Rentado 3. Compartido (vive con familiares) 4. Otro _____
20. En relación a tu casa, el centro de salud o clínica a la que asistes está:
 1. Muy lejos 2. Lejos 3. Cerca 4. Muy cerca
21. Tienes los recursos necesarios para trasladarte y pagar tu consulta en el centro de salud o clínica a la que asistes.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
22. El tiempo que esperas antes de ser atendida por el(la) doctor(a) en el centro de salud o clínica a la que asistes es de más de 30 minutos.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
23. El personal del centro de salud o clínica a la que asistes te atiende con amabilidad.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
24. Tienes derecho a exigir una buena atención médica en el centro de salud o clínica a la que asistes.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
25. El centro de salud o clínica a la que asistes te informa sobre el control prenatal.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
26. La noticia de este embarazo te provocó:
 1. Alegría 2. Sorpresa 3. Tristeza 4. Rechazo
27. Actualmente estar embarazada te resulta:
 1. Muy aceptable 2. Aceptable 3. Poco aceptable 4. Inaceptable
28. Mi esposo está de acuerdo en que asista al control prenatal.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
29. Mi principal estado de ánimo durante este embarazo ha sido:
 1. Muy alegre 2. Alegre 3. Triste 4. Muy triste
30. El control prenatal es para las mujeres que durante el embarazo se sienten enfermas.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
31. Asistir al control prenatal es una obligación de las mujeres embarazadas.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo
32. Si sientes molestias como dolor de cabeza, falta de apetito, insomnio, mareos, dolor de vientre, entre otras molestias, debes asistir inmediatamente al centro de salud.
 1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

33. Las mujeres embarazadas dejan de asistir al control prenatal porque la atención que les brindan es mala.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

34. Las mujeres embarazadas prefieren que las atienda una partera.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

35. La familia de las mujeres embarazadas impiden que ella asista al control prenatal.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

36. Las mujeres embarazadas deben asistir al control prenatal sólo cuando es su primer embarazo, en los siguientes ya no.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

37. A las mujeres embarazadas que tienen hijos se les dificulta asistir al control prenatal, por falta de alguien que se los cuide.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

38. Es innecesario asistir al control prenatal porque mi familia me cuida

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

39. Las mujeres cercanas a mí (madre, abuela, tía, hermana, amigas, etcétera) consideran innecesario el control prenatal.

1. Totalmente de acuerdo 2. De acuerdo 3. En desacuerdo 4. Totalmente en desacuerdo

40. ¿Qué es lo que piensa tu esposo del control prenatal?

41. ¿Qué crees que suceda si asistes al control prenatal?

42. ¿Qué es lo que no te gusta del control prenatal?

ANEXO 2

LUGARES EN DONDE SE APLICARON LAS ENCUESTAS

Centro de Salud	Colonias	Lugares de aplicación
Santa Cecilia	Unidad Habitacional Santa Cecilia Unidad Habitacional Acueducto de Guadalupe Tabla Onda Tenayuca	Mercado sobreruedas de Santa Cecilia y Acueducto. Bodega Aurrera de Santa Cecilia y Acueducto Comercial Mexicana Tenayuca
Dr. Jorge Jiménez Cantu	Caracoles (Jorge Jiménez Cantu) Constitución de 1917	Base de microbuses ruta 78. Mercado de Caracoles Kinder "Caracolitos"
San Juan Ixhuatepec	San Juan Ixhuatepec La Laguna El Copal	Aurrera San José Mercado sobreruedas de La Laguna. Escuela Secundaria N.27
Lázaro Cárdenas I	Lázaro Cárdenas I y II	Mercado Lázaro Cárdenas Cruz Roja Mexicana Lázaro Cárdenas Mercado Miguel Hidalgo Esc. Prim. Lázaro Cárdenas
Lázaro Cárdenas III Presa	Lázaro Cárdenas III Tlalpexco Vista Hermosa Zacatenco	Mercado sobreruedas de la Presa y San Martín. Esc. Sec. Tec. N°. 41

En esta tabla se presentan los centros de salud, sus colonias aledañas y los lugares donde se aplicaron los cuestionarios, cabe recalcar que la aplicación se realizó fuera de los lugares mencionados.

ANEXO 3

DATOS DEMOGRAFICOS

EDAD	15	16	17	18	19	
%	16%	2%	15%	22%	27%	
EDC. CIVIL	SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	OTRA		
%	21%	26%	51%	2%		
NIVEL INSTRUCCIÓN	SIN INSTRUCCIÓN	PRIM INC	PRIM COM	SECUNDARIA COMPLETA F.	MEDIA SUPERIOR Y	
%	2%	3%	13%	74%	8%	
POSICIÓN EN EL HOGAR	JEFE DE HOGAR	CONYUGE	HLIA	OTRO		
%	0%	57%	29%	14%		
Nº EMBARAZO	PRIMIGESTA	MULTIGESTA				
%	93%	7%				
Nº CONSULTAS CONTROL PRENATAL		0 Y 2	3 Y 4	5 Y 6	7 Y 8	9 Y 10
%	7%	25%	35%	22%	7%	2%
NIVEL INSTRUCCIÓN PAREJA	SIN INSTRUCCIÓN	PRIMARIA INCOMPL. F.T.A.	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA F.	MEDIA SUPERIOR Y	
%	1%	8%	0%	64%	19%	
OCCUPACION DE LA PAREJA	OBRERO	COMERCIANTE	EJERCE CARRERA TECNICA	EJERCE CARRERA PROFESIONAL	SIN TRABAJO	OTRO
%	20%	18%	0%	1%	8%	47%
CON QUIEN VIVE	ESPOSO E HIJOS	SOLO HIJOS	MADRES DEL ESPOSO O DE ELLA	OTRO		
%	32%	2%	61%	5%		
EL LUGAR EN QUE VIVE ES	PROPIO	RENTADO	COMPARTIDO	OTRO		
%	10%	33%	48%	9%		