



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

---

Facultad de Psicología

División de Estudios de Postgrado

**“ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO EN ADOLESCENTES  
EMBARAZADAS Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD, LA  
DEPRESIÓN, Y EL AUTO CONCEPTO: UN ESTUDIO  
COMPARATIVO ENTRE ADOLESCENTES EMBARAZADAS  
CON Y SIN PAREJA”**

## TESIS

Que para obtener el grado de:

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Presenta:

**LIC. EDGAR CUAUHTÉMOC DÍAZ FRANCO**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Dr. Francisco Antonio Morales Carmona**

**MIEMBROS DEL COMITÉ:**

**Mtro. Arturo Martínez Lara.**

**Dra. Teresa Guerra Tejada.**

**SUPLENTES:**

**Dr. Samuel Jurado Cárdenas.**



México, D. F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

“Es bello, lo veo, para mí es tan hermoso como una rosa, pero también tiene espinas y me lastima”

(Claudia, adolescente, optó por dar en adopción al producto)

# AGRADECIMIENTOS

Realizar este trabajo fue posible gracias a la intervención incondicional tanto de personas como de instituciones que a continuación se mencionan, a todos ellos nuestro profundo reconocimiento.

Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa De Los Reyes”.

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, División de Estudios de Postgrado.

Dr. Francisco Antonio Morales Carmona, director de esta tesis. Por tu apoyo, paciencia, y comprensión.

Miembros del comité que revisaron esta tesis:

Mtro. Arturo Martínez Lara.

Dra. Teresa Guerra Tejada.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Dra. Bertha Blum Grinberg.

Dr. Carlos Villanueva Díaz, por su apoyo durante los estudios de la maestría.

# DEDICATORIAS

Este trabajo está dedicado a:

Marco Saulo, hijo, contigo he vivido que responsabilizarse de otro es un acto de amor pleno.

Susana, tú eres, en parte, arquitecto; de lo que profesionalmente soy y de haber experimentado seguridad en mi vida, es justo que te beneficies de ello para siempre. Sabes que soy un hombre común, por tanto en conflicto, por lo que asumo las consecuencias de mis actos. También sabes que soy un hombre agradecido.

La familia Somohano Martínez; Don Nicho, Doña Lolita, ejemplo sin par, admiración. Lolita grande, Fer, Lolita chica. Cris, Rubis, Paco (ahijado). Lulú, Ángel (ahijado) Lupita. Tere, Tessy. Nicho, Nichito, Gabita. Gero, Gerito y Karen. A los suyos. Respeto, agradecimiento, y cariño, mucho, cariño.

Mi familia; mi padre, Don Eloy “el profesor” (01/12/28-08/05/07), mi madre, Carmen Estela (abue telin). Mis hermanos, Eloy con Adamar y las pequeñas Mari Jo y Ana Lucia, Bertha B con Eric y con Daniel, Emilio. A mi tía coca (María de Lourdes) señora usted nunca se me olvida. Me complace ver que desde hace ya un largo tiempo inventamos un modo de ser familia, eso a mi me permite descansar cuando los veo, ¡que bueno!

Meche Luque.

Las adolescentes embarazadas porque al mostrarnos sus vidas nos han permitido aprender. Protagonistas principales de este trabajo que deben permanecer anónimas.

Finalmente; a mis alumnos, a mis amigos, del presente y del pasado. En un trabajo que demora tanto hay oportunidad que muchos participen, a todos gracias.

# ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	5
Capítulo I	
“La situación del embarazo adolescente, una descripción socio demográfica”	11
Capítulo II	
“El concepto de enfrentamiento”	29
Clasificación de acuerdo con el método de enfrentamiento	38
Clasificación de acuerdo con el foco de enfrentamiento	40
Capítulo III	
“La evaluación de la ansiedad, la depresión, y el auto-concepto en adolescentes embarazadas”	55
Ansiedad	56
Depresión	64
Auto-concepto	72
Metodología	79
Planteamiento del problema	79
Hipótesis	79
Diseño de la investigación	80
Definición de variables	81
Muestreo	84
Instrumentos	85
Procedimiento	91
Tratamiento estadístico	92
Resultados	93
Primera parte	
Descripción socio-demográfica	94
I Datos iniciales	94
II Familia	97
Estructura familiar	97
Dinámica familiar	104
III Economía	108
Ingreso	108
Vivienda	112
IV Sexualidad	117
Información	117
Creencias y actitudes	129
Segunda parte	146
Estilos de enfrentamiento	146
Grupos: con y sin pareja	154

Discusión	157
Primera parte	157
I Datos iniciales	157
II Familia	159
Estructura familiar	159
Dinámica familiar	161
III Economía.	162
Ingreso familiar	162
Vivienda familiar	164
IV Sexualidad	166
Información	166
Creencias y actitudes	170
Segunda parte	179
Estilos de enfrentamiento	184
Grupos; con y sin pareja	190
Conclusiones, limitaciones y sugerencias	195
Conclusiones	195
Primera parte	195
I Datos iniciales	195
II Familia	196
III Economía	197
IV Sexualidad	198
Segunda parte	201
Estilos de enfrentamiento	202
Grupos; con y sin pareja	204
Limitaciones	207
Sugerencias	208
Bibliografía	209

# RESUMEN

El objetivo principal de la tesis fue estudiar en una población de adolescentes embarazadas; tanto la forma particular de enfrentamiento como el contar con el apoyo de una pareja durante el embarazo, y si estas condiciones guardan relación, con la concepción que tengan de si mismas (auto-concepto), así como con el estado emocional, en particular las respuestas de ansiedad y depresión. Para ello se planeo dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas, en la respuesta de ansiedad, depresión, y auto-concepto? y ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre las adolescentes que cuentan con el apoyo de una pareja, en la respuesta de ansiedad, depresión y auto-concepto?

Se tomaron dos criterios para formar los grupos de comparación: el primero, fue que contaran, o no, con el apoyo de una pareja durante el embarazo quedando dos grupos (con pareja y sin pareja); el segundo, fue respecto al estilo de enfrentamiento empleado, para ello se aplico la escala de respuestas para afrontar sucesos importantes de Moos R. H.(1980) quedando conformados cuatro grupos de comparación (dirigido al problema, búsqueda de ayuda externa, dirigido a las emociones, evitativo). Además: para la medición del auto concepto, se aplico la Escala de Auto-concepto de Tennessee (EAT) de Fitts (1965) normatizado por Morales y González (2001); para la medición del estado de animo, se aplico el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spilenberger y Díaz, normatizado por Morales y González (1990), y la Escala de Auto Medición de la Depresión (EAMD) de Zung normatizado por Morales y González (1993).

Los resultados de la tesis indican que la muestra quedo constituida por 213 adolescentes embarazadas, de las cuales; 112 contaban con el apoyo de la pareja (casadas o en unión libre). En promedio; cursaban el segundo trimestre del embarazo, estaban por cumplir los 16 de edad, habían concluido el segundo año de la educación media básica (secundaria),



habían iniciado su vida sexual sin haber podido evitar este embarazo, las parejas fueron mayores que ellas por casi 4 años de edad, el padre fue mayor que la madre. Las parejas que apoyaron a las adolescentes durante el embarazo son significativamente mayores que las parejas que no apoyaron a la adolescente durante su embarazo. Según el estilo de enfrentamiento la muestra quedó conformada de la siguiente manera: dirigido al problema 57%; búsqueda de ayuda externa 20%; dirigido a las emociones 16%; evitativo 7%. Respecto a la situación de pareja, la muestra prácticamente se dividió por la mitad, siendo, el 53% de las adolescentes quienes contaron con una relación de pareja, y el 47% restante no contaba con el apoyo de la pareja. Para el auto concepto, el perfil se caracterizó porque aproximadamente 1 de cada 4 adolescentes embarazadas tuvieron un puntaje bajo en las dimensiones de; identidad (23%), conducta (24%) y en las columnas del yo ético moral, yo familiar y yo social. Con respecto al estado emocional los resultados muestran; que la tercera parte de las adolescentes presentan ansiedad rasgo (30%), aproximadamente ocurre lo mismo para la ansiedad estado (34%). En el caso de la depresión en una proporción de 10 adolescentes embarazadas 4 presentan suficientes síntomas para ser consideradas caso de depresión.

Con respecto al estilo de enfrentamiento en esta tesis concluimos que: cuando una adolescente embarazada se caracteriza por sentirse satisfecha con su manera de actuar, autodefinirse adecuadamente con su marco de referencia ético moral, y no presentar un compromiso en su estado emocional, entonces se dirige a solucionar sus problemas como estilo de enfrentamiento; las adolescentes embarazadas que tienden a enfrentar situaciones estresantes buscando ayuda externa se caracterizan por una auto percepción que no les permite tener un adecuado nivel de satisfacción personal sintiéndose insatisfechas consigo mismas, tampoco se sienten satisfechas con su manera de actuar, de conducirse, y no tienen una adecuada percepción de si mismas a partir del propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, respecto al estado emocional se caracterizan tanto por describir su respuesta emocional como generalmente ansiosa como por presentar un estado de ánimo deprimido; cuando una adolescente embarazada se caracteriza por emplear el estilo de enfrentamiento dirigido hacia las emociones es por sentirse insatisfecha con su

manera de actuar e infractora de su código ético moral además de tener un estado emocional comprometido por una ansiedad permanente y síntomas depresivos.

Finalmente con respecto al criterio de contar o no con una relación de pareja concluimos en esta tesis que: cuando una adolescente que se ha embarazado tiene una pareja estable, piensa que se ha comportado adecuadamente y por tanto se siente satisfecha con la manera en como ha estado funcionando, también advierte sentimientos de satisfacción personal respecto del propio marco de referencia ético moral, pues el contar con una pareja para enfrentar el embarazo les permite no sentirse infractoras de la normatividad moral que al principio tiende a juzgarlas, por último, son favorables los sentimientos del mérito y valor de ser miembro de una familia, probablemente porque al tener una pareja esta presente la idea de estar formando una nueva familia; cuando una adolescente se embaraza y no cuenta con el apoyo de una pareja, se caracteriza por tener sentimientos inadecuados tanto de satisfacción personal como de auto aceptación, tomando en cuenta el propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, no tienen una adecuada percepción de si mismas, también son inadecuados los sentimientos hacia el mérito y el valor como miembro de una familia, finalmente, respecto del estado emocional se caracterizan por que la respuesta de ansiedad es un rasgo que las define.



# INTRODUCCIÓN

El fenómeno del embarazo en la adolescencia representa un problema de carácter mundial, agudizado en los países no desarrollados, en los que evidentemente debemos contar al nuestro, que va cobrando una magnitud cada vez más importante, debido a los diversos factores que se ven involucrados tanto en sus causas como en sus consecuencias, ejemplo de ellos son: los factores sociales, económicos, culturales, políticos; los factores biológicos que determinan el desenlace médico; así como los factores psicológicos implícitos, es decir, los que influyen las respuestas de carácter cognitivo, conductual y afectivo de las adolescentes que se embarazan. Del estudio y comprensión de dichos factores, dependerá la planeación de estrategias para el abordaje de este fenómeno en los diferentes niveles de atención, con lo cual se podrán ver beneficiados; la madre adolescente, su pareja (si es que la hay), su hijo, su familia y, por ende, la sociedad en general. De tal manera esperaríamos que al identificar los factores causales asociados se les podrá prevenir y con ello el embarazo probablemente no se presentara o bien las consecuencias de éste serán más favorables. No obstante, el plan de abordaje en lo concreto estará marcado por una línea general de asistencia que deberá derivarse de los conocimientos adquiridos.

Las diversas aproximaciones a este problema nos han permitido tener una visión panorámica y también delimitar los campos especializados de observación, en el nuestro estamos aprendiendo como se manifiestan cada una de las repuestas psicológicas (pensamiento, conducta, y emoción) en las distintas poblaciones estudiadas de adolescentes que se embarazan. Sabemos, en principio, que el embarazo implica un cambio brusco en la biografía de las adolescentes, en donde se combinan dos circunstancias obvias; una de ellas, el propio proceso de embarazo al que, en la mayoría de los casos, le debemos agregar el hecho de ser primigestas y las complicaciones biológico-psicológicas que ello implica; la otra circunstancia se refiere al proceso de maduración bio-psico-social que representa la adolescencia en sí misma. Vale la pena mencionar que aún y cuando un embarazo se presente en las mejores condiciones, la mujer, durante este proceso emprende una continua

adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la actitud hacia el embarazo también puede irse modificando. Empero, si las condiciones del embarazo no son las mejores, el proceso de continua adaptación evidentemente se va complicando, de tal suerte que el grado de adaptación esta determinado por una serie de variables, entre las que podemos enumerar características particulares de personalidad, la prospección de sí mismas como madres, las relaciones presentes y pasadas con su propia madre, si el embarazo fue deseado o no, las relaciones con el marido, las experiencias pasadas en general, o bien si el embarazo se presenta en la adolescencia.

A pesar de que cada vez estamos llegando a conocer este fenómeno de manera más precisa, las estadísticas indican que el problema esta lejos de ser resuelto pues las adolescentes se están embarazando con mayor frecuencia aunque la gran mayoría no estén preparadas para ser madres. Las estadísticas que definen el problema en nuestro país tampoco son muy alentadoras, de hecho ellas mismas justifican la necesidad de no escatimar los esfuerzos por hacer investigación en México que permita conocer de manera más precisa los elementos que se combinan para que las mujeres de nuestro país se estén embarazando a temprana edad.

El último Censo Nacional de Poblacional y Vivienda del año 2000 revelo que de los 97 361 711 de Mexicanos 50 007 325 son mujeres, de ellas en el grupo de 12 a 19 años de edad, aproximadamente 1 de cada 10 tiene una relación de pareja estable (unión libre y casadas; civilmente, religiosamente, o ambas) y de las que son solteras hay 43 224 adolescentes que son separadas, divorciadas o viudas. Si bien es cierto que son bajos los porcentajes del total de la población femenina de 12 a 19 años que; tienen una relación estable, han tenido una ruptura de pareja, o que son viudas, en fin cualquier estado conyugal que implique vida sexual, no dejan de ser impactantes los números totales de hijos nacidos vivos de madres adolescentes, ya que según el mismo Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 son 761 807 hijos nacidos vivos de mujeres adolescentes que requieren de asistencia integral para poder obtener un sano crecimiento y desarrollo que contemple obviamente la salud física y emocional, no solamente para esos niños sino también para sus madres.

Han sido muchos los caminos metodológicos que se han tomado para aproximarse al problema, el que se tomó para realizar esta tesis fue ocuparnos del cómo las adolescentes embarazadas, con o sin apoyo de una pareja; enfrentan sus problemas, se auto describen, y del como es su respuesta emocional. Es decir, en esta tesis nos intereso estudiar tanto la forma particular de enfrentamiento como la relación de pareja, y si estas condiciones

guardaban alguna relación con la concepción que tengan de si mismas y con el estado emocional, en particular las respuestas de ansiedad y depresión.

Los estilos de enfrentamiento son recursos cognitivos, conductuales, o emocionales de los que hecha mano el sujeto para poder dar una respuesta a las demandas internas y externas que se le presentan en situaciones evaluadas como problemáticas (Moos 1986), por tanto la actitud que tome una adolescente frente al embarazo resume las cogniciones que ella misma ha realizado respecto de el, en virtud de su formación, ideas, valores, circunstancias, etc., además dicha actitud impacta la calidad de adaptación que logre durante el embarazo.

En el caso de la inminente maternidad de la adolescente que se embaraza, cobra una importancia fundamental la evaluación de los estilos de enfrentamiento, debido a que la adolescente se encuentra en una etapa del desarrollo en la que comúnmente se depende afectiva y económicamente de la familia porque el proceso de maduración no se ha completado, además si a ello se suma recursos inadecuados para enfrentar situaciones estresantes aumenta el riesgo de generar problemas de carácter psicosocial. De hecho sabemos que las estrategias de enfrentamiento que utilizan las adolescentes están en estrecha relación con el particular estado emocional que presentan. Es mas, con base en lo anterior podemos decir que el proceso de adaptación tanto al embarazo como a la maternidad, por parte de la adolescente, estará estrechamente relacionado: por un lado con el estado emocional que presente durante el embarazo, el cual a su vez se condiciona por la situación particular de vida; por otro lado, con el tipo de estrategias de enfrentamiento que emplee.

Finalmente, en esta tesis, fue el auto concepto de las adolescentes embarazadas una de las variables que nos intereso evaluar por ser mencionada como uno de los correlatos, quizá el más importante para explicar el embarazo adolescente. Aun y cuando se ha sugerido que el embarazo adolescente y el auto concepto parecen, definitivamente, tener una asociación o relación, no obstante no ha quedado claro como y bajo que condiciones están relacionados estos factores, aunque parece que los resultados tienden a apoyar el argumento de que las

chicas adolescentes con un pobre auto-concepto, son más propensas a embarazarse que otras.

Las investigaciones sobre embarazo en la adolescencia han tenido el propósito específico de abordar alguno o varios de los factores que esta tesis se interesó en evaluar, sin embargo no encontramos trabajos que hubieran intentado esclarecer la posible existencia de una interacción entre; las calificaciones de depresión, ansiedad, y auto-concepto, bajo la doble condición del estado civil y los estilos de enfrentamiento de las adolescentes embarazadas, es por esta razón que el propósito fundamental de esta tesis fue dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas, en la respuesta de ansiedad, depresión, y auto-concepto? y ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre las adolescentes que cuentan con el apoyo de una pareja, en la respuesta de ansiedad, depresión y auto-concepto?

La presente tesis quedó constituida por siete capítulos, a saber:

El primero de ellos lleva el título “LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN MÉXICO, una aproximación socio demográfica”, en donde se intenta hacer una explicación socio demográfica del problema del embarazo en nuestro país.

El segundo, “EL CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO”, en donde se expone ampliamente el concepto de afrontamiento

El tercero, “LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN, Y EL AUTO CONCEPTO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE”, en donde se presentan los estudios antecedentes con adolescentes embarazadas que han abordado estas variables.

El cuarto capítulo presenta “METODOLOGÍA” empleada en esta tesis para dar respuesta a las preguntas de investigación.

El quinto capítulo presenta los “RESULTADOS” obtenidos, dividido en dos partes: una, que presenta la descripción de la muestra mediante los resultados de la encuesta socio demográfica que se aplicó con el propósito de caracterizar la muestra; y la otra, presenta los resultados de los instrumentos que evaluaron los estilos de afrontamiento, el auto concepto, la respuesta de ansiedad y la respuesta de depresión, además se presentan los resultados obtenidos de las comparaciones entre los estilos de afrontamiento y el contar o no con una relación de pareja en relación con las respuestas obtenidas en los instrumentos que evaluaron el auto concepto, la ansiedad y la depresión.

El sexto capítulo presenta “LA DISCUSIÓN” de los resultados que se obtuvieron en el trabajo de esta tesis, conservando el mismo orden que se planeó para el capítulo quinto.

El séptimo capítulo presenta “LAS CONCLUSIONES, LAS LIMITACIONES Y LAS SUGERENCIAS” a las que se llegó en esta tesis presentadas también conservando el formato de los dos capítulos anteriores.





# **CAPÍTULO I**

## **LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO**

### **ADOLESCENTE, UNA DESCRIPCIÓN SOCIO**

### **DEMOGRÁFICA.**

El embarazo durante la adolescencia ha sido un fenómeno que ha llamado la atención de los investigadores a nivel mundial durante el siglo pasado, en particular en los últimos 30 años se generó una gran investigación con el propósito de describir con mayor precisión el fenómeno. Las estadísticas reportadas a finales del siglo ya anunciaban que el problema estaba, y está, lejos de ser resuelto, pues aunque la gran mayoría de las adolescentes no está preparada para ser madre la frecuencia del embarazo adolescente se ha ido incrementando, dicho argumento lo ampararon las tasas y niveles de fecundidad que fueron difundidos mundialmente. Los datos varían ampliamente dentro y entre los países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo (Tolbert 1988, Organización Panamericana de la Salud, OPS, y la Organización Mundial de la Salud, OMS, 1988) así, por ejemplo, lo muestran las tasas de fecundidad dentro del grupo específico de mujeres con edades que van de los 15 hasta los 19 años; para los países desarrollados, se encuentran reportes de tasas que van desde 4 nacimientos por 1000 en Japón, a 9 por 1000 en los países bajos (1981); para los países en desarrollo, se reportaron tasas desde 253 nacimientos por 1000 reportados en Bangladesh en el año de 1976, a los 302 por 1000 reportados en Mauritania en el año de 1981, estas cifras evidencian que las tasas de las naciones en desarrollo son extremadamente altas al ser comparadas con el mundo desarrollado, a ellas podrían agregarse las tasas en África, en los países al sur del Sahara, donde todas están sobre 100 nacimientos por 1000. En nuestro continente, las cifras reportadas para América Latina fueron más moderadas con tasas en su mayoría de 100 o menos nacimientos por 1000. (OPS y OMS 1988)

También se intentaron dar algunas explicaciones (Sendorowitz y Paxman, citados por la OPS/OMS 1988) de las estadísticas que se tenían disponibles para dimensionar el problema y entender la aparente contradicción entre el descenso de tasas de natalidad y el aumento en el número de embarazos adolescentes: “La proporción de nacimientos totales entre adolescentes ha aumentado o permanecido estática en algunos países donde las tasas de fecundidad han descendido: Israel, Chile, Cuba, México, Panamá y Hungría. Lo cual se debe probablemente al número creciente de mujeres adolescentes menores a 20 años, lo que hace aumentar la proporción de nacimientos entre adolescentes aún cuando las tasas de natalidad actuales de este grupo de edad están descendiendo. Pero en la mayoría de los países tanto en los desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, la proporción de nacimientos entre las adolescentes en la relación con el total de nacimientos también está en descenso”. Pese a que se pueden enumerar varias de las razones para explicar los descensos en las tasas de fecundidad adolescente en el ámbito mundial, como lo son; una tendencia a casarse a mayor edad, un aumento en las oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales, mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos, y en algunos países desarrollados, el acceso legal al aborto en las jóvenes solteras, la realidad es que lo anterior no se puede aplicar en su totalidad a los países en desarrollo, como lo es México, porque cada país presenta sus particularidades mismas que deben ser tratadas por investigadores inmersos en el conocimiento del problema, además los reportes sobre la tasa de incidencia del embarazo adolescente, por lo general, son progresivamente crecientes en las últimas décadas, debido en gran parte a factores culturales, económicos, sanitarios y sociales (Sereno, Castillo, y Mendoza 1993; Arastey y colaboradores 1988; Torres 1994; Tiburcio y colaboradores 1995; López 1994; Orduña 1994).

Otro dato reportado, interesante porque advierte de no cometer el error de pensar que el problema está por resolverse en el mundo desarrollado, ha sido la proporción de nacimientos fuera del matrimonio entre mujeres adolescentes, cifra que se ha incrementado tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo, aunque los datos disponibles se consideren escasos se puede tomar como ejemplo que en los Estados Unidos en el periodo comprendido entre 1970 y 1982, la proporción de nacimientos fuera del

matrimonio en mujeres de 15 a 19 años aumentó del 17% al 37% entre las mujeres blancas, y del 62% al 87% entre las mujeres negras. Por otra parte, la proporción del total de los nacimientos para mujeres solteras menores de 20 años fue de 51% en los Estados Unidos en 1982, el 52% en Inglaterra y Gales durante el mismo año, y el 38% en Francia en el año de 1980 ( OPS/OMS 1988), y en el caso de México para esa misma época Mojarro en 1985 (citado por la OPS/OMS 1988) subrayó las tendencia que había en México del aumento de las concepciones premaritales, puesto que del 18.7% registrado en el año de 1976 paso al 20.5% en 1982.

Las estadísticas que definen el problema en nuestro país son poco alentadoras, de hecho ellas mismas justifican la necesidad de no escatimar los esfuerzos por hacer investigación en México que permita, tanto conocer de manera más precisa los elementos que se convinan para que las mujeres de nuestro país se estén embarazando a temprana edad como tener argumentos más precisos para explicar el fenómeno y tomar alternativas de abordaje para su solución.

Según en el Instituto Nacional De Estadística Geografía E Informática (INEGI) al iniciar el siglo XX México tenía 13.6 millones de habitantes, fueron necesarios 50 años para duplicar esta cifra en 1950 se contabilizó 25.8 millones de personas. A partir de la segunda mitad del siglo la tasa de crecimiento fue en aumento, así en 1970 se rebasaron los 48 millones, es decir que en un periodo menor la población volvió a duplicarse, de 1970 a 1990 hubo un incremento de 33 millones y para el periodo de 1990 a 1995 se sumaron 10 millones lo que, al finalizar el siglo, nos convirtió en un país con mas de 91.2 millones de habitantes, de los cuales el 49.2% son hombres y el 50.8% mujeres la diferencia de 1.6 puntos porcentuales representa 1.4 millones de mujeres mas que hombres siendo la cifra total de mujeres de 46.3 millones (INEGI 1997). El último Censo Nacional de Poblacional y Vivienda del año 2000 revelo que actualmente somos un país con 97 361 711 Mexicanos de los cuales 47 354 386 son hombres y 50 007 325 son mujeres. Dadas estas dimensiones poblaciones México tiene que enfrentar los problemas que de ello se derivan tal es el caso de la problemática asociada a las mujeres mexicanas y en lo particular de este capitulo a la problemática de las mujeres que se embarazan a temprana edad.

Respecto de la situación de pareja, desde el punto de vista demográfico las mujeres en México se casan o unen en promedio a los 20 años, mientras que los hombres lo hacen después de cumplir los 23 años, es decir que las mujeres se unen a una pareja por primera vez más jóvenes que los hombres, la edad de la primera unión se asocia directamente tanto con del nivel de instrucción así como con la capacitación para el trabajo y con mejores posibilidades de inserción en los mercados laborales. En contra parte las mujeres tienen la proporción más elevada de uniones disueltas ya sea por viudez, separación o divorcio, en promedio las parejas que deciden disolver sus uniones o matrimonios tienen al rededor de 36 años, esto significa que la disolución ocurre 15 años después de que las parejas se casaron o se unieron por primera vez (INEGI 1997)

Tomando como referencia el intervalo de 15 a 49 años, la población femenina en edad fértil ascendió en 1995 a 24.5 millones, representando 52.9% de la población total femenina y 26.8% de la población total del país, de estas una de cada 5 mujeres esta comprendida en el grupo de edad de 15 a 19 años, en otras palabras el 20.9% de la población femenina en edad fértil es adolescente (INEGI 1997)

La fecundidad en México permaneció alta hasta la década de los setenta, en 1976 la tasa fue de 5.7 hijos por mujer, diez años después se redujo a 3.8 hijos, para 1995 bajo a 2.8 hijos, en suma de 1976 a 1995 la fecundidad disminuyó en 3 hijos en las mujeres con edades de 15 a 49 años, observándose que en la medida en que una mujer tiene mayor instrucción y pertenece a la población económicamente activa la fecundidad disminuye. No obstante en lo que se refiere al problema concreto de la fecundidad en la población de mujeres adolescentes en México el porcentaje ha aumentado de un 34% en 1987 a un 37% en 1991, aunque la tasa de fecundidad adolescente para la población rural descendió de 132.9 hijos por cada 1000 mujeres adolescentes en 1988 a 94.6 hijos por cada 1000 mujeres adolescentes en 1996 y para la población urbana también se observó un descenso de 70.8 por 1000 mujeres adolescentes a 61.7 por 1000 mujeres adolescentes en los años 1988 y 1996 respectivamente. Hablando en números totales en la actualidad se calcula que los nacimientos de madres adolescentes mexicanas son aproximadamente de unos 450 mil al

año, si agregamos al análisis la variable de escolaridad dividiendo a las mujeres en dos grupos, las que no cuentan con una instrucción escolar y aquellas que su nivel de instrucción es superior a la secundaria, se observa para las primeras que el 60% habían tenido un hijo antes de los 20 años mientras que tan solo el 10% de las mujeres del segundo grupo fueron madres durante la adolescencia. Para el total de las mujeres mexicanas 37% tiene un hijo antes de los 20 años.

Un rubro estrechamente ligado a la regulación de la fertilidad en las mujeres es el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos desarrollados aproximadamente a partir de la segunda mitad del siglo XX para el control natal y la regulación de embarazos. El uso como control natal de las pastillas el DIU y la OTB entre la población femenina en edad fértil unida a una pareja muestra un ligero aumento entre 1987 y 1992 siendo estos mismos los métodos más conocidos por las mujeres, aunque es de sobra sabido que el hecho de conocer uno o varios métodos no implica que sean usados. En cuanto al conocimiento por área de residencia de las mujeres unidas en una relación de pareja con edades de 15 a 49 años el conocimiento es de 97.4% y 89.6% para mujeres urbanas y rurales respectivamente destacando el hecho de que aproximadamente 1 de cada 10 mujeres rurales unidas y en edad de procrear desconocen los métodos para limitar o espaciar sus embarazos. Aunque no se puede negar el hecho de que las usuarias de métodos anticonceptivos ha ido en aumento en la población femenina unida y en edad fértil, como lo demuestra el incremento del 52.7% en 1987 al 66.5% en 1995, es también cierto que la transición del uso de los métodos tradicionales (ritmo, retiro, temperatura basal, uso de hierbas, etc..) a los métodos anticonceptivos modernos (operación femenina y masculina, el dispositivo intrauterino, los métodos hormonales y de barrera) no ha sido significativa como se desearía, de hecho el uso de métodos tradicionales aun era para el año de 1995 del 13% en usuarias activas en edad fértil, cabe mencionar que un importante porcentaje de mujeres divorciadas, separadas y viudas optaron por un método de control definitivo para regular su fertilidad, pero las mujeres solteras solo 2.5% reportaron utilizar algún método anticonceptivo en ese mismo año.

La situación particular del uso de métodos anticonceptivos en la población adolescente se refleja en los grupos de mujeres unidas donde el grupo de 15 a 19 años es el que menos controla la concepción, en él apenas una de cada tres adolescentes usaba métodos anticonceptivos en 1995, y aunque el porcentaje de usuarias de anticonceptivos entre adolescentes casadas aumentó de un 20% en 1976 a un 36.4% en 1992 es decir 4 de cada 10, todavía el uso de anticonceptivos en esta población está poco difundido. Un inicio precoz de la fecundidad prolonga la vida reproductiva y predispone a embarazos numerosos lo que compromete la salud de la madre y la calidad en la atención a los hijos lo cual sería evitado si realmente existiera una práctica efectiva de la planificación familiar, y si un hijo en la etapa adolescente afecta el desarrollo tanto de la madre como del hijo segundos embarazos con toda seguridad complicarían los riesgos inherentes del embarazo temprano. De hecho no es improbable que una de las consecuencias del embarazo en la adolescencia sean los hogares mono parentales que en México existen 1.9 millones de ellos en donde 4 de cada 5 de estos hogares están encabezados por una mujer.

En la década de los 80's fueron varios los estudios que proporcionaron datos para la descripción del problema en nuestro país. La Encuesta Nacional Demográfica realizada en México en 1982 aporta el dato del total de hijos nacidos vivos, de ellos un porcentaje del 12.1 corresponde a los hijos de madres cuyas edades se encuentran en el intervalo de 15 a 19 años. Por otra parte y complementando lo anterior la fecundidad reportada para el área rural, fue del 26%, cifra que casi dobla a la urbana que fue de 14% en el grupo de edades antes mencionado, estos últimos datos fueron aportados por el Consejo Nacional de Población en 1982 y citados también por la OPS/OMS en 1988.

En el año de 1985 se llevó a cabo una encuesta casa por casa y realizada, por el Centro de Orientación para Adolescentes (CORA) en colaboración con la Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (AMIDEM) aplicada a una muestra representativa de jóvenes de ambos sexos con edades de 15 a 24 años en dos delegaciones de la ciudad de México. Se encontró que de todas las jóvenes encuestadas de 15 a 24 años el 20% ya había tenido un embarazo antes de los 19 años de edad y las dos terceras partes del total de las jóvenes antes de los 24 años. Además se encontró que las mujeres con experiencia sexual

premarital, la mitad ya tuvo un embarazo antes de los 17 años y dos tercios antes de los 19 años, elevándose el porcentaje hasta el 81% para antes de los 24 años de edad, (Monroy de V. A., Morales G. H, 1986).

En 1987 se aplicó una encuesta para conocer las características reproductivas de las adolescentes y jóvenes en la ciudad de México (García-Baltazar J y col. 1993) los autores mencionan que el embarazo adolescente en México es un problema de salud, tanto por la morbilidad como por los problemas sociales que genera. Los autores ponen hincapié en la aparición de la menarquía porque ocasiona un doble efecto; por un lado, modifica la anatomía y la fisiología de las mujeres y las hace fértiles y, por el otro lado, las estimula a ser sexualmente activas. En el estudio se incluyeron dos grupos uno de adolescentes con edades de 10 a 19 años y uno de jóvenes de 20 a 24 años y las variables que analizaron fueron: Edad, sexo, estado civil, menarquía, espermaquía, inicio de la actividad sexual, uso de métodos anticonceptivos e historia reproductiva. Los resultados que obtuvieron fueron los siguientes: edad promedio de la muestra fue de 17.02 años; en unión libre estaban el 2.8% de los hombres y el 6.4% de las mujeres del grupo de 15 a 19 años y casados el 0.5% de los hombres y el 9% por ciento de las mujeres del mismo grupo; la edad promedio de aparición de la menarquía fue a los 12.4 años, el 90% mujeres la tuvo a los 14 años, la edad promedio de aparición de la espermaquía fue a los 14 años y el 90% la tuvo a los 16 años; la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales para las mujeres fue a los 17 años y para los hombres a los 16 años; los métodos anticonceptivos empleados por los encuestados en la primera relación fueron, el ritmo 36.5%, el coito interrumpido 23.6% y pastillas o dispositivo intrauterino 14.2%, y los obtuvieron, en la farmacia 68.5%, con un amigo 8.7%, en el nivel privado 8% y en las clínicas del sector salud 2.4%; los que no emplearon fue por desconocimiento, no saber la forma de uso o no saber donde adquirirlos 39.7%, el 28.9% dijo no haberlos usado porque no tenía planeado tener relaciones sexuales; para el 48.1% de las mujeres y el 82.4% de los hombres el embarazo influyó en la decisión de unirse; en el grupo de 15 a 19 años de edad el 17.3% de las mujeres alguna vez habían estado embarazada y solo el 2.5 % de los hombres había procreado en alguna ocasión; el 89.1% de las mujeres el primer embarazo terminó en un hijo vivo y el 9.5% terminó en aborto, para



los hombres el 77.5 % nació vivo y el 18.4% fue aborto, la diferencia en el porcentaje de abortos puede deberse a que las mujeres niegan haber tenido algún aborto.

Por otra parte, los autores discuten que la maduración biológica implícita ahora en la aparición temprana tanto de la menstruación como de la eyaculación durante la adolescencia a parte de indicar el inicio del periodo fértil en el ser humano también son factores individuales de riesgo para la conducta sexual temprana además dicen que los resultados obtenidos sobre la menarquía y la espermaquía son similares a los datos obtenidos a nivel mundial donde se indica un descenso de casi un año en la edad en la aparición de la menarca. Si bien los aspectos biológicos son responsables de los patrones de riesgo reproductivo son los factores socioculturales y económicos (y psicológicos) los que determinaran, en gran parte, la magnitud de los riesgos.

Las madres menores de 15 años tienen mayor peligro de presentar complicaciones durante el embarazo: toxemia, infecciones urinarias y vaginales, hemorragia post-parto, la cual es dos veces más alta para madres de 13 a 15 años, que entre las de 20 a 29 años; también corren mayor riesgo de sufrir ruptura de membranas, parto pretermino, cesarias, uso de fórceps y complicaciones post-parto; los hijos de madres adolescentes o mayores de 34 años, son más propensos a nacer prematuramente o con bajo peso (< 2 500 gr), así como a sufrir más frecuentemente desnutrición, diarrea, etcétera, que los niños de madres dentro de los grupos de edad de 20 a 34 años. Con respecto la mortalidad materna, en 1985, el 19.4% de las defunciones fueron en mujeres de 15 a 24 años de edad, sin embargo las complicaciones se relacionan más con aspectos socioeconómicos que con factores biológicos y muchos riesgos médicos pueden ser causados por esos factores que no fueron controlados adecuadamente como son: la raza, soltería, nivel educacional, ingresos económicos bajos, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, de tal forma que el estado nutricional deficiente, el número de embarazos, la asistencia prenatal de inicio tardío y la atención prenatal deficiente, pueden explicar el mayor riesgo por ejemplo en 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, otro posible factor es la ignorancia y, sobre todo, la renuencia a aceptar el embarazo, hasta que éste se encuentra avanzado.

Al inicio de la década de los 90's en México se reportó la existencia de 4 904 000 mujeres con un intervalo de edad de 15 a 19 años, de las cuales 511 000, es decir el 10.42%, tenían de uno a ocho hijos vivos, para las adolescentes del grupo de 12 a 14 años de edad que sumaron en total 3 043 000, el 0.38 % (12 mil adolescentes) tenían ya de uno a tres hijos vivos (Torres, 1994). Diez años mas tarde, en el año 2000, ya se contaban 5 381 520 mujeres de 10 a 14 años y 5 144 739 de 15 a 19 años lo que hace un total de 10 526 259 mujeres adolescentes según los criterios de la OMS (Friedman, H. L. y Ferguson, J.B. 1995) al comparar los datos con la década pasada se cuentan 6 553 mujeres adolescentes de 12 a 14 años de edad que tienen de 1 a 4 hijos vivos y para el grupo de edad de 15 a 19 años 606 446 mujeres en las mismas condiciones, a ellas se suman 1 624 mujeres que tienen entre 5 y 9 hijos nacidos vivos en este ultimo grupo de edad, lo cual hace un total general para el año 2 000 de 614 623 mujeres adolescentes de entre 12 y 19 años de edad que tienen de 1 a 9 hijos nacidos vivos. Además podemos agregar que tomando como referencia un periodo de un año de duración, de Enero de 1999 a febrero del 2000 nacieron vivos como el último hijo 356 484 niños de madres cuyas edades estaban comprendidas entre 12 y 19 años.

Dado que el objetivo principal de esta tesis tiene como propósito la comparación entre adolescentes embarazadas con y sin pareja, el análisis de la población femenina de 12 a 19 años de edad con respecto a su situación conyugal es muy importante, por ello se presenta un análisis de los datos ofrecidos por el INEGI del censo del año 2000 con respecto a este rubro tomando en dos grandes apartados: el Análisis sobre el total de la población femenina de 12 a 19 años de edad con respecto al estado conyugal; y el Análisis del total de hijos nacidos vivos en la población femenina de 12 a 19 años con respecto al estado conyugal. Además tomamos como criterios generales: los grupos de edades 12-19 años, puesto que en general son los años que comprenden el periodo adolescente, y 12-14, 15-19 años en particular, porque se ha hecho una distinción entre los riesgos del embarazo adolescente entre estos diferentes grupos de edad; y tener o no tener una relación de pareja.

Análisis sobre el total de la población femenina de 12 a 19 años de edad con respecto al estado conyugal:

Del 100% (7 857 866) de la población femenina de 12 a 19 años de edad: 7 011 125 (89.22%) no tienen una relación de pareja, esta cifra incluye a las que son solteras, separadas, viudas y divorciadas; 834 444 (10.62%) cuentan con una pareja, esta cifra incluye a las que viven en unión libre, a las que están casadas solamente por el civil, a las que están casadas tanto civil como religiosamente, y a las que están casadas solo religiosamente; fueron 12 297 (0.16%) mujeres las que no se pudieron especificar.

Del 100% (2 983 929) de la población femenina de 12 a 14 años de edad: 2 961 305 (99.242%) no tiene una relación de pareja (mismos criterios); 22 599 (0.757%) cuentan con una pareja (mismos criterios); solamente fueron 25 (0.001%) mujeres las que no se pudieron especificar.

Del 100% (4 873 937) de la población femenina de 15 a 19 años de edad: 4 049 820 (83.10%) no tiene una relación de pareja (mismos criterios); 811 845 (16.65%) cuentan con una pareja (mismos criterios); fueron 12 272 (0.25%) mujeres las que no se pudieron especificar.

De las 7 011 125 (100%) mujeres de 12 a 19 años de edad que no tienen pareja: 6 967 901 (99.38%) son solteras; 38 990 (0.56%) son las que tuvieron una ruptura por separación o divorcio; y 4 234 (0.06%) son viudas.

De las 2 961 305 (100%) mujeres de 12 a 14 años de edad que no tienen pareja: 2 959 778 (99.94%) son solteras; el 0.06% restante se compone de 37 956 mujeres que tuvieron una ruptura por separación o divorcio y 493 que son viudas.

De las 4 049 820 (100%) mujeres de 15 a 19 años de edad que no tienen pareja: 4 008 123 (99.00%) son solteras; el 1.00% restante se compone de 37 956 mujeres que tuvieron una ruptura por separación o divorcio y 3 741 que son viudas.

De las 38 990 (100%) mujeres de 12 a 19 años que tuvieron una ruptura por separación o divorcio: 35 865 (92%) están separadas, 807 de 12 a 14 años y 35 058 de 15 a 19 años; 3 125 (8%) están divorciadas, 227 de 12 a 14 años y 2 898 de 15 a 19 años.

Del 100% (834 444) de mujeres entre 12 y 19 años que cuentan con una pareja: 407 975 (48.9%) están en unión libre; 264 804 (31.7%) están casadas civilmente; 140 339 (16.8%) están casadas tanto civil como religiosamente; y 21 326 (2.6%) están casadas solo religiosamente.

Del 100% (22 599) de mujeres entre 12 y 14 años que cuentan con una pareja: 13 181 (58.3%) están en unión libre; 5 389 (23.9%) están casadas civilmente; 3 194 (14.1%) están casadas tanto civil como religiosamente; y 835 (4.1%) están casadas solo religiosamente.

Del 100% (811 845) de mujeres entre 15 y 19 años que cuentan con una pareja: 394 794 (48.6%) están en unión libre; 259 415 (32.0%) están casadas civilmente; 137 145 (16.9%) están casadas tanto civil como religiosamente; y 20 491 (2.5%) están casadas solo religiosamente.

De los párrafos anteriores a manera de conclusión sobre el total de la población femenina de 12 a 19 años de edad con respecto al estado conyugal podemos decir: que la proporción de adolescentes que tienen una relación es baja aproximadamente 1 de cada 10 adolescentes, siendo el grupo de 15 a 19 años quienes aportan mas a la cifra total; de las que no tienen pareja casi todas son solteras y aunque el porcentaje es bajo tenemos 43 224 adolescentes que son separadas, divorciadas o viudas; de las que tuvieron una ruptura de pareja por separación o divorcio casi todas son separadas; de las que cuentan con una relación de pareja 8 de cada 10 adolescentes estan en unión libre o casadas civilmente, el resto se caso tanto por el civil como religiosamente o solo religiosamente.

Análisis del total de hijos nacidos vivos en la población femenina de 12 a 19 años con respecto al estado conyugal:

Del 100% (761 807) de los hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 19 años de edad: 638 864 (83.1%) son hijos de madres con una relación de pareja, esta cifra incluye a las que viven en unión libre, a las que están casadas solamente por el civil, a las que están casadas tanto civil como religiosamente, y a las que están casadas solo religiosamente; 127 369 (16.7%) son hijos de madres que no tienen una relación de pareja, esta cifra incluye a las que son solteras, separadas, viudas y divorciadas; y 1 574 (0.2%) son hijos de madres cuyo estado conyugal no se pudo especificar.

Del 100% (8 257) de los hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 14 años de edad: 5137 (62.21%) son hijos de madres con una relación de pareja (mismos criterios); 3 119 (37.78%) son hijos de madres que no tienen una relación de pareja (mismos criterios); y solamente en un niño no se pudo especificar el estado conyugal de la madre.

Del 100% (753 550) de los hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de edad: 627 727 (83.3%) son hijos de madres con una relación de pareja (mismos criterios); 124 250 (16.5%) son hijos de madres que no tienen una relación de pareja (mismos criterios); y 1 573 son hijos de madres cuyo estado conyugal no se pudo especificar.

De los 127 369 (100%) hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 19 años de edad que no tienen pareja: 83 962 (66%) son hijos de madres solteras; 38 824 (30.4%) son hijos de madres que tuvieron una ruptura por separación o divorcio; y 4 583 (3.6%) son hijos de madres viudas.

De los 3 119 (100%) hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 14 años de edad que no tienen pareja: 2 397 (76.8%) son hijos de madres solteras; 545 (17.5%) son hijos de madres que tuvieron una ruptura por separación o divorcio; y 177 (5.7%) son hijos de madres viudas.

De los 124 250 (100%) hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de edad que no tienen pareja: 81 565 (65.6%) son hijos de madres solteras; 38 279 (30.8%) son hijos de

madres que tuvieron una ruptura por separación o divorcio; y 4 406 (3.6%) son hijos de madres viudas.

De los 38 824 (100%) hijos nacidos vivos que tuvieron una ruptura por separación o divorcio: 36 223 (93.3%) son hijos de madres separadas, 501 hijos de madres de 12 a 14 años y 35 722 hijos de madres de 15 a 19 años; 2 601 (6.7%) son hijos de madres divorciadas, 44 de madres de 12 a 14 años y 2 557 de 15 a 19 años.

De los 632 864 (100%) hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 19 años de edad que cuentan con una relación de pareja: 302 225 (47.8%) son hijos de madres que están en unión libre; 210 192 (33.2%) son hijos de madres que están casadas civilmente; 101 509 (16.0%) son hijos de madres que están casadas tanto civil como religiosamente; y 18 938 (3%) son hijos de madres que están casadas solo religiosamente.

De los 5 173 (100%) hijos nacidos vivos de mujeres de 12 a 14 años de edad que cuentan con una relación de pareja: 3 001 (58.01%) son hijos de madres que están en unión libre; 1 281 (24.76%) son hijos de madres que están casadas civilmente; 760 (14.69%) son hijos de madres que están casadas tanto civil como religiosamente; y 95 (1.83%) son hijos de madres que están casadas solo religiosamente.

De los 627 727 (100%) hijos nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años de edad que cuentan con una relación de pareja: 299 224 (47.7%) son hijos de madres que están en unión libre; 208 911 (33.3%) son hijos de madres que están casadas civilmente; 100 749 (16.0%) son hijos de madres que están casadas tanto civil como religiosamente; y 18 843 (3%) son hijos de madres que están casadas solo religiosamente.

Sobre el total de hijos nacidos vivos en la población femenina de 12 a 19 años con respecto al estado conyugal a manera de conclusión podemos decir: casi todos los hijos nacidos vivos de madres adolescentes sus madres tienen una relación de pareja, el resto aproximadamente 2 de cada 10 son solteras, separadas, divorciadas, viudas, o no se pudieron especificar, aunque para el grupo de hijos nacidos vivos de madres con 12 a 14

años de edad el porcentaje de que su madre tenga una relación de pareja es menor; de los hijos nacidos vivos de madres adolescentes que no tienen pareja aproximadamente en una proporción de 10, 6 son solteras y 3 son separadas o divorciadas, el porcentaje de madres viudas es bajo; de los hijos nacidos vivos de madres adolescentes que tuvieron una ruptura de relación de pareja casi todas están separadas solo 1 de cada 10 esta divorciada; de los hijos de madres adolescentes que cuentan con una relación de pareja el mayor porcentaje son hijos de madres que viven en unión libre o que están casadas civilmente, el resto aproximadamente 2 de cada 10 son hijos de madres que están casadas tanto civil como religiosamente o solo religiosamente.

Si bien es cierto que son bajos los porcentajes del total de la población femenina de 12 a 19 años que tienen una relación estable, que han tenido una ruptura de pareja, o que son viudas, en fin cualquier estado conyugal que implique una vida sexual activa, no dejan de ser impactantes los números totales de hijos nacidos vivos de madres adolescentes, ya que según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000 son 761 807 hijos nacidos vivos de mujeres adolescentes que requieren de asistencia integral para poder obtener un sano crecimiento y desarrollo que contemple obviamente la salud física y emocional, no solamente para esos niños sino también para sus madres.

Debido a que la escolaridad como factor que impacta es la educación sexual ha sido una de las variables que se han tomado en cuenta en la reflexión de los factores que contribuyen a explicar el fenómeno del embarazo adolescente, nos parece prudente contextualizar brevemente la situación de asistencia escolar de la población joven en México, los datos disponibles presentados han mostrado que entre los años de 1990 y 1995 se observó una ligera disminución en la asistencia a la escuela de la población de 15 a 24 años, este ligero decremento se presentó tanto en los hombres como en las mujeres, al pasar los primeros del 31.8% a 31% y las segundas de 28.8% a 27.9%” de 1990 a 1995 respectivamente, aunque como se puede observar en ambos años es mayor el porcentaje de asistencia de la población masculina que lo que asiste la población femenina. Además en México el promedio de escolaridad de la población de 15 años y más tanto para los hombres como para las mujeres se duplicó entre los años de 1970 a 1995, los hombres pasaron de 3.7 años estudiados en

promedio a 7.5 y las mujeres de 3.2 a 7 años respectivamente, también se ha reportado que el número promedio de grados escolares aprobados por los hombres y las mujeres en el periodo señalado de 1970 a 1995 es siempre mayor para los hombres, es decir que los hombres tienen un promedio mayor de grados aprobados que las mujeres. En el censo del año 2000 se exploró la asistencia escolar según el sexo y la edad y el nivel de instrucción, tomando en cuenta a la población total de 12 a 17 años sin instrucción posprimaria tenemos un total de 5 377 766 (100%) personas de las cuales 2 640 711 son mujeres y 2 737 055 son hombres, del total de personas sin instrucción posprimaria 3 147 180 (58.52%) asisten aun a la escuela, 1 679 821 son hombres y 1 467 359 son mujeres y 2 219 451 (41.27%) no asisten a la escuela, 1 051 766 son hombres y 1 167 685 son mujeres, son solamente 11 135 casos que no fueron especificados 5 468 hombres y 5 667 mujeres. en otras palabras del total de personas de 12 a 17 años sin instrucción posprimaria aproximadamente de cada 10 personas 6 siguen estudiando y 4 ya no asisten a la escuela. En el caso particular de las mujeres en el mismo grupo de edad el 55.5% de las que no tienen una instrucción posprimaria todavía asisten a la escuela y el 44.2% ya no lo hace, el resto no está especificada su situación.

Por último, tomando los datos publicados por el NEGI en 1991, se presentaron en nuestro país al rededor de 2.5 millones de partos cada año, de los cuales el 50% son de mujeres menores a los 18 años de edad. Por otra parte algunos hospitales de nuestro país han dado a conocer las cifras que muestran el porcentaje de embarazos adolescentes que atienden en un intervalo que va del 1.5% al 12.2%, siendo una de las cifras más altas de embarazo adolescente, registradas en publicaciones de México, la del Instituto Nacional de Perinatología (INPer.), donde se ha realizado esta tesis, con aproximadamente el 9.12% (Serenó, Castillo, y Mendoza 1993), además dentro del INPer, el embarazo en la mujer adolescente ocurría en el inicio de la década de los 90's con una frecuencia aproximada de 1 por cada 10 embarazos, siendo el embarazo patológico y el aborto los que ocupan el primer lugar como causa de hospitalización de las pacientes adolescentes (Ortigoza y Jiménez 1991).



Las cifras que aquí hemos presentado son argumentos para contextualizar la situación del fenómeno del embarazo adolescente en nuestro país, tomando aproximadamente el periodo de los últimos 30 años, y comprender su impacto en la sociedad mexicana intentando dar una dimensión a la gravedad del problema para la población femenina de 10 a 19 años de edad, pues este es el periodo erario que comprende la transición adolescente, en el entendido por supuesto de que no necesariamente la edad cronológica coincide con el desarrollo psicológico de la adolescente para alcanzar la madurez. Lo que si podemos decir es que las cifras describen a un sector muy importante de nuestra sociedad que son las mujeres adolescentes que se embarazan y quienes necesitan, junto con sus hijos, contar con servicios especializados de asistencia, médica, psicológica, y social, para reducir los riesgos que en cada una de estas áreas el embarazo adolescente representa.

Con independencia de que nuestro punto de vista tienda ya sea hacia el pesimismo o hacia el optimismo es mucho lo que se podría decir al tratar de ofrecer una interpretación de los datos mostrados en este capítulo, aún y cuando por sí mismos muestran de manera contundente la gravedad del problema. Sin embargo, el fenómeno del embarazo adolescente esta presente, ya sea en mayor o menor medida, en todo el mundo tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, y por supuesto específicamente en México, que es el caso que nos ocupa, a pesar, inclusive, de que la bibliografía generada en torno al problema exista una amplia variación en las tasas de fecundidad adolescente, que muestran: por una parte; una aparente contradicción por el hecho de que se encuentran reportes que hablan de la creciente incidencia de este fenómeno y al mismo tiempo reportes que identifican diversos factores que podrían explicar los descensos; por la otra parte, los datos sugieren lo complejo que puede resultar comprender el comportamiento reproductivo de la población adolescente, mostrando además los distintos procedimientos metodológicos que se han diseñado para tratar de abordar el problema con el objetivo de explicarlo cada vez mejor.

Contextualizados en una aproximación demografica de la población mexicana los datos mostrados en este capítulo hablan de cifras tanto de adolescentes que estan embarazadas como de los hijos nacidos vivos de madres adolescentes que son un problema concreto y

real que debe ser atendido. Por lo anterior y sin pretender hacer afirmaciones contundentes debido a la multiplicidad de factores que dificultan la comprensión del problema pensamos que a las mujeres quienes tienen hijos en la adolescencia se les complica el curso de su desarrollo porque por una parte se reduce la posibilidad de permanecer en la escuela o bien de insertarse en los mercados de trabajo dado que, en lo inmediato, tienen que responder a su situación y dedicarse al menos en el principio al cuidado del recién nacido asumiendo en la mayoría de los casos las responsabilidades de la crianza y del trabajo doméstico, además con frecuencia la situación puede complicarse por el hecho de que la mujer que se embaraza durante la adolescencia en general cuenta con una precaria formación escolar y con una pobre experiencia en distintos ámbitos de la vida que no le han permitido adquirir habilidades para enfrentar situaciones complejas y tomar decisiones mayormente adaptativas, el ejemplo más claro de ello es haberse expuesto a una sexualidad temprana sin la madurez psicológica que implica evaluar los riesgos de la práctica de la sexualidad sin protección y exponerse a las infecciones de transmisión sexual y evidentemente al embarazo, además de los riesgos afectivos que se corren al experimentar la sexualidad en esas condiciones.

La compleja respuesta psicológica de las adolescentes que se embarazan no inicia ni termina con el embarazo, creemos que su manera de enfrentar los problemas se formó desde antes del embarazo y que se prolongará después del parto y el puerperio hasta la crianza, y si no hay una intervención se prolongará por toda la vida futura de la madre. Esta situación crítica obviamente compromete el estado emocional de la adolescente ahora embarazada y condicionará su respuesta emocional también en el futuro lo cual podrá tener consecuencias negativas para el binomio madre-hijo. Evidentemente esta condición genera un problema de salud que debe ser atendido con profesionales especializados, pues al dejar a los recién nacidos al cuidado de madres quienes además de no haber concluido el complejo periodo de maduración bio-psico-social que la adolescencia representa, no poseen alguna capacitación específica que le permita ser independientes desde el punto de vista económico, en consecuencia se compromete tanto la capacidad para enfrentar satisfactoriamente el cuidado del hijo que debe ser estimulado para un crecimiento y

desarrollo adecuados, como la capacidad para retomar los proyectos de vida individuales que se han visto interrumpidos por el embarazo.

# CAPÍTULO II

## EL CONCEPTO DE ENFRENTAMIENTO

A lo largo de esta tesis trataremos la relación que existe entre la situación de estar embarazada en la adolescencia y las complejas respuestas psicológicas que están implícitas en ello, naturalmente se requiere de abordajes distintos para poder conocer en su totalidad las formas de responder ante las situaciones de vida que enfrentan diariamente los adolescentes en general, pero de manera particular nosotros estamos interesados en entender el comportamiento inmerso en las adolescentes que se embarazan, nos preguntamos con frecuencia ¿cómo han respondido en el pasado, cómo responden en el presente, y cómo responderán en el futuro?, porque pensamos que la manera en como han enfrentado las situaciones estresantes de su vida es en cierto modo lo que las puso ante la situación de una práctica de la sexualidad sin protección, y si podemos determinar con cierta precisión esa forma de enfrentamiento tendremos elementos que nos permitan tomar decisiones con respecto a la practica psicoterapéutica para poder modificar aquellos estilos de enfrentamiento que no permiten una respuesta mayormente adaptativa, de antemano sabemos que el estudio de la forma de enfrentamiento no es la única manera de abordar el problema, sin embargo pensamos que en cierta forma su estudio permite ofrecer una explicación que contribuya a comprender en mayor detalle el fenómeno del embarazo durante la adolescencia, por eso el presente capitulo tiene como propósito discutir el concepto del enfrentamiento.

La adolescencia es un periodo de la vida en donde las relaciones sociales extra familiares toman prioridad sobre las relaciones con la familia de origen, ello demanda del adolescente respuestas que si bien es cierto, y en el mejor de los casos, han sido ensayadas en el seno familiar se deberán aplicar a situaciones novedosas que debe de enfrentar y las consecuencias emocionales a corto plazo dependerán en gran parte de la efectividad de sus respuestas de enfrentamiento, de tal forma que los problemas cotidianos son resueltos a través de una particular respuesta de enfrentamiento que ha requerido de numerosos

intentos para instaurarse en la conducta de manera exitosa. Quizá es esta la situación que forzó Hamburg 1974 a señalar que sería conveniente reevaluar el concepto homogéneo de subcultura de la adolescencia, ya que considera una adolescencia temprana (12 a 15 años de edad) como un período de gran estrés, en el que se improvisan y prueban una amplia gama de respuestas de enfrentamiento; por lo que la considera como un periodo de gran vulnerabilidad. Por nuestra parte pensamos que en la manera en como se prueban e improvisan estas respuestas de enfrentamiento debe tomarse en cuenta si el desarrollo anterior a la etapa adolescente le permitió al sujeto habilidades intelectuales, conductuales, y afectivas que den tanto a esa improvisación como a la prueba cierto margen de seguridad para actuar, lo cual cuestionaría la gran vulnerabilidad para los adolescentes, a lo que nosotros proponemos la pregunta de saber ¿quienes son en realidad que adolescentes que están vulnerables?

El concepto de enfrentamiento tiene estrecha relación con el concepto de estrés y desde que el estrés fue definido en 1936 por H. Selye como “un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo (incluyendo las amenazas psicológicas)”, han sido muchos los intentos por definirlo en nuestra disciplina. Lazarus (1966) propuso que se considerara al estrés como un concepto organizador para entender un amplio grupo de fenómenos de importancia para la adaptación humana y mas adelante se dio a la tarea de distinguir los acontecimientos inductores de estrés o estresores; los cambios que afectan a la mayoría de las personas, los que afectan a una o pocas personas y los “ajetres diarios” (Lazarus y Cohen 1977). Otro ejemplo lo dan Elliot y Eisdorfer (1982) distinguiendo cuatro tipos de estresores: estresantes agudos; secuencias estresantes; estresantes crónicos intermitentes; y estresantes crónicos. Sin embargo fue mas adelante cuando Lazarus y Folkman (1984) llegaron a la conclusión de que sin importar la magnitud de los eventos estresantes la respuesta que cada individuo puede tener ante ellos es sumamente variable ya que lo que puede ser estresante para una persona no necesariamente lo es para otra aunque se trate del mismo evento estresante, por lo que pensaron que no es posible definir el estrés tomando en cuenta solo las condiciones ambientales sino que se debe tomar en cuenta las características individuales, por lo que definieron al estrés psicológico como “una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado

por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”, en la definición los autores resaltan la importancia de la evaluación cognitiva del sujeto ante situaciones estresantes para saber porque y hasta que punto una relación o una serie de relaciones entre el individuo y su entorno son o no estresantes.

El concepto de enfrentamiento al estrés es un termino muy difundido en la psicología y en la segunda mitad del siglo pasado se ha estado trabajando el constructo que ha sido definido como cualquier intento para dominar una situación nueva que puede ser potencialmente amenazante, frustrante, cambiante o gratificante (Murphy 1962). Mas adelante en el trabajo teórico y de investigación para definir el concepto se fueron agregando términos para ir precisando el concepto tales como rasgos y estilos de enfrentamiento aquí nuevamente Lazarus y Folkman (1984) quines naturalmente han aportado mucho en la concepción del enfrentamiento hicieron la distinción de ambos términos como una cuestión de grado y dijeron que “los rasgos de enfrentamiento se refieren a las características del individuo que le predisponen a reaccionar de una forma determinada. El concepto de estilo es similar al de rasgo, difiriendo este principalmente en una cuestión de grado: el estilo hace referencia a formas más amplias de designar individuos o situaciones”

Son varios los modelos teóricos que se han propuesto para explicar la relación entre el estrés y los estilos de enfrentamiento uno de ellos lo proponen Pearlin y cols en (1981) en donde establecen que entre un evento disruptivo y los cambios en el estado depresivo, existen variables mediadoras que influyen en la relación estrés-estado emocional. Estos autores consideran al enfrentamiento como una conducta que protege al individuo de un daño psicológico derivado de experiencias sociales traumáticas y que esta conducta de enfrentamiento puede ser expresada en tres formas: por la eliminación o modificación de las condiciones dadas por el problema; por el control perceptual del significado de la experiencia como manera de neutralizar su carácter problemático; y cuidando las consecuencias emocionales derivadas del problema, manteniéndolo dentro de limites manejables o tolerables por el individuo. Además Pearlin y Schooler (1978) insistieron en hacer la distinción entre recursos sociales, recursos psicológicos, y respuestas específicas

de enfrentamiento: los recursos sociales, dicen, están representados por las redes de apoyo de las que forma parte el individuo; los recursos psicológicos son las características personales que ayudan al individuo a resistir la amenaza de ciertos eventos de su entorno social, denominados estresores de vida; y ambos tipos de recursos están involucrados en las respuestas de enfrentamiento.

Una de las principales líneas de investigación sobre las respuestas de enfrentamiento al estrés ha sido sin duda la desarrollada por Lazarus y Folkman. Respecto a los recursos sociales y psicológicos que inciden en las respuestas de enfrentamiento han señalado que los recursos de enfrentamiento se encuentran en la persona y en su entorno social. Los recursos personales contemplan: salud y energía, moralidad, solución de problemas, y el sistema particular de creencias; y los recursos del entorno incluirían a los recursos materiales y al apoyo social. Mas tarde también agregaron como un recurso a las habilidades sociales del individuo, en el sentido de actuar en una forma socialmente adecuada y efectiva. Ellos señalaron que pueden existir cambios en el estilo de enfrentamiento a lo largo de la vida porque las fuentes de estrés cambian con los distintos periodos del ciclo vital y probablemente eso cambie la manera de enfrentar los eventos estresantes, aunque advirtieron que dentro de las limitaciones que existen para la utilización de los recursos de enfrentamiento son; las condiciones personales, es decir lo referente a creencias y valores internalizados que delimitan la forma de sentir y actuar, incluyendo las deficiencias psicológicas del individuo; las condiciones ambientales, cuando los esfuerzos no son suficientes ni congruentes con las demandas del entorno; y el grado de amenaza, que puede ser evaluada como mínima cuando el estrés generado por el evento es poco o nada, o máxima cuando llega a provocar emociones negativas muy intensas. En suma el estrés psicológico, para Lazarus, se refiere a una clase particular de relación entre la persona y su ambiente y la relación estresante es aquella que demanda esfuerzo o excede los recursos personales, además define el enfrentamiento como el “conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas o internas, evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos” (Lazarus y Folkman 1984). Estos autores plantean que las respuestas de enfrentamiento sirven para; manipular o alterar el problema en el entorno causante de

perturbación, a lo que llamaron enfrentamiento dirigido al problema; o para regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia, a lo que llamaron enfrentamiento dirigido a la emoción, señalando que tanto el enfrentamiento dirigido al problema como el dirigido a las emociones se influyen entre sí y pueden potenciarse o bien interferirse.

La presente investigación para evaluar los estilos de enfrentamiento ha empleado una sección del cuestionario sobre salud y hábitos de vida de R. Moos (1983) que se llama escala de respuestas para afrontar sucesos importantes por lo que en adelante hablaremos de la propuesta teórica de este autor y algunos antecedentes.

R. H. Moss (1986) define una conducta de enfrentamiento como una respuesta específica cognitiva o conductual de un sujeto (por ejemplo, adolescente) o un grupo de individuos (por ejemplo, la familia) para reducir o manejar las demandas internas o externas que se le presentan. Además apunto que se pueden aprender las habilidades de enfrentamiento y también pueden ser usadas de una manera flexible dependiendo de los requerimientos de la situación a la que se enfrenta el sujeto Moss y Schaefer (1986).

De tal forma las habilidades de enfrentamiento son empleadas para manejar los problemas que se le presenten a un sujeto o las situaciones que le causan estrés y ansiedad. Es importante señalar que la concepción de que estas habilidades de enfrentamiento no son estáticas, sino que pueden usarse de manera individual, consecutivamente o en diferentes combinaciones. Además, las estrategias de enfrentamiento no son inherentemente adaptativas o desadaptativas; ya que en un momento determinado estas pueden ser efectivas en una situación pero no necesariamente pueden serlo en otra situación, de hecho estas habilidades son beneficiosas si se les da un uso moderado o temporal, porque también pueden ser dañinas si se excede o se depende en el uso exclusivo de un solo tipo de habilidad (Billings y Moos 1981)

Moos y Billings (1982) mencionan la existencia de cuatro perspectivas teóricas que se relacionan con el concepto de enfrentamiento que han dirigido la búsqueda hacia la definición y la evaluación tanto de los procesos como de los recursos de enfrentamiento,



ellas son: la teoría psicoanalítica; la teoría del ciclo vital; la teoría evolucionista y de modificación de conducta; y la aproximación cultural y socio-ecológica. Estos autores sintetizan estas cuatro teorías en un esquema conceptual de los procesos de enfrentamiento, el cual especificaremos, al igual que cada una de las teorías antes mencionadas, en los apartados siguientes.

Como es ampliamente conocido la perspectiva psicoanalítica es creada por S. Freud quien postula en uno de sus argumentos teóricos que los procesos del yo sirven para resolver los conflictos que surgen entre los impulsos del individuo y su confrontación con la realidad, en otras palabras, la función del yo es reducir la tensión a través de la capacidad individual para expresar los impulsos sexuales y agresivos de manera indirecta sin reconocer su verdadera intención (S. Freud 1923). Es decir, desde el punto de vista del enfrentamiento, los procesos del yo son mecanismos cognitivos que pueden tener una expresión conductual cuyas principales funciones son defensivas y emocionalmente focalizadas orientadas hacia la reducción de la tensión. Mas adelante los psicólogos del yo enfatizaron el proceso de orientación a la realidad en el área libre de conflicto del yo en funciones básicas tal como la atención, la percepción, y la memoria. El desarrollo del concepto y su medición ha ido emergiendo a través del trabajo de muchos teóricos (Hartman, Fiorini, Bellak, etc.) incluyendo el trabajo de Witkin (Witkin y Goodenough 1977) en el campo de la orientación y la teoría tripartita de los procesos del yo de Haan (Haan, N. 1969)

Además del énfasis en los procesos de defensa y enfrentamiento, el psicoanálisis y la teoría psicoanalítica del yo proveen las bases para formular una perspectiva que se focaliza sobre la gradual acumulación de recursos de enfrentamiento personales durante el desarrollo, un buen ejemplo de ello es la descripción de las ocho etapas de la vida de Erikson (1963). Esta perspectiva plantea que la adecuada resolución de las transiciones entre cada etapa y las crisis concomitantes que ocurren en los distintos puntos del ciclo vital permiten desarrollar recursos de enfrentamiento que pueden ayudar a resolver las crisis subsecuentes, por lo que el enfrentamiento exitoso de los estresores ambientales construye una sensación de eficacia e integridad del yo. Estas conceptualizaciones han permitido diseñar una serie de procedimientos para poder evaluar algunos recursos de enfrentamiento como lo son; la auto

estima, la identidad del yo, aptitud motivacional, las necesidades nuevas, y la búsqueda de estímulos conductuales (Moos, 1974). De hecho muchas de las características de un individuo pueden ser vistas como recursos de enfrentamiento, de ellas la que han recibido mayor atención son la auto eficacia, el control interno, la sensación de dominio y la maduración del yo. Es por eso que la perspectiva del ciclo vital enfatiza que el manejo exitoso de las transiciones del desarrollo incrementan los recursos personales de enfrentamiento, como lo son la autoestima, la autosuficiencia, un sentido de poder y locus de control interno. Los recursos personales de enfrentamiento (como el desarrollo de confianza y autonomía) aumentan durante la adolescencia y durante los años de la juventud, los cuales se integran al auto concepto e influyen en los procesos de enfrentamiento durante la adultez y la vejez.

La perspectiva evolutiva de Charles Darwin sobre la adaptación de los animales (naturalmente en esto contemplado el hombre) a su medio ambiente permitió el desarrollo de la Ecología, disciplina dedicada a estudiar los vínculos entre los organismos o grupos de organismos y su medio ambiente. En particular la Ecología humana se ha enfocado principalmente en la adaptación de la comunidad postulando que el ser humano no se puede adaptar solo a su ambiente sino que es interdependiente con su comunidad para un esfuerzo colectivo hacia la supervivencia, en suma la adaptación de la comunidad es fundamental para la adaptación individual y para que el individuo desarrolle estrategias específicas de enfrentamiento que le permita contribuir a la sobre vivencia del grupo, por lo tanto este punto de vista permite hacer énfasis en las estrategias y actividades conductuales dirigidas a la solución de problemas que pueden aumentar el sentido de autosuficiencia y la supervivencia individual y de las especies. Ligado con la perspectiva evolucionista el conductismo inicialmente resaltó en sus aplicaciones los aspectos funcionales de las conductas; después también se le dio importancia a los componentes orientados cognitivamente para solucionar problemas. La orientación cognitivo conductual incluye las habilidades de solución de problemas y la valoración cognitiva individual para el manejo de un evento. A este respecto Bandura (1977) noto que los individuos pueden creer que pueden realizar exitosamente una tarea si hacen los esfuerzos para manejar esa tarea. Un enfrentamiento exitoso incrementa en el futuro las expectativas de auto eficacia, la cual de

hecho permite un mayor vigor y esfuerzo persistente para el manejo de tareas y situaciones. Los procedimientos que han surgido de esta orientación típicamente evalúan estrategias de enfrentamiento involucradas en el manejo de situaciones específicas.

La aproximación cultural y socio ecológica, hace hincapié en las conductas de enfrentamiento para establecer una adaptación al medio ambiente físico y cultural. Además de remarcar la cualidad de las conductas adaptativas orientadas hacia la solución del problema, esta aproximación al igual que la ecología pone énfasis en las relaciones entre los organismos o grupos de organismos y el ambiente. La adaptación a las condiciones del ambiente físico y cultural se facilita por el efecto que causa el trabajo cooperativo de la comunidad humana, la cual está adaptada al ambiente. La forma de enfrentamiento cultural, los métodos de enseñanza de las habilidades necesarias para lograr la solución de los problemas y la solución concreta de los mismos proveen de manera importante recursos al individuo. Otro campo muy importante de adquirir recursos esta compuesto de las redes sociales, las cuales pueden proporcionar recursos interpersonales como comprensión emocional, guía cognitiva y apoyo tangible. Además en esta perspectiva se señala que los recursos ambientales pueden afectar la valoración de la amenaza que puede implicar un evento, así como la elección, secuencia y efectividad relativa de las respuestas de enfrentamiento que elige el sujeto.

Moos y Billings en 1982 proponen una perspectiva que integre los postulados de las cuatro anteriores perspectivas psicológicas que hemos esbozado brevemente con anterioridad, considerando a las estrategias de enfrentamiento, junto con otros recursos, como una capacidad que puede aumentar o disminuir las demandas de la vida y el manejo de los estresores. En esta perspectiva se conceptualiza la relación entre los eventos de la vida estresantes y el funcionamiento, teniendo como mediadores a los recursos de enfrentamiento tanto personales como ambientales y a los procesos de enfrentamiento y de la valoración cognitiva, así como sus interrelaciones, por lo que este punto de vista entiende los eventos de la vida como desarrollados principalmente por la combinación de factores medioambientales y personales. Los eventos de la vida son considerados como estresores a corto plazo como lo sería una discusión con el jefe del trabajo, o bien a largo

plazo, inherentes al desarrollo (adolescencia, vejez), estresores secuenciales (separación, embarazo, problemas escolares con un hijo) y tensiones crónicas de la vida (un trabajo monótono). Con respecto a los factores personales, el control de impulsos puede ayudar a una persona a evitar los estresores, mientras que un estilo de vida impulsivo en ocasiones puede precipitar los eventos estresantes; ya que una persona impulsiva esta más propensa a hacer mayores cambios en su vida por ejemplo cambiar de casa y trabajo constantemente y puede tomar riesgos que incrementen la probabilidad de experimentar eventos tales como accidentes o dificultades legales. En términos de los factores ambientales, vivir en el centro de la ciudad incrementa el riesgo de ser la víctima de un crimen, mientras que vivir dentro de una red social hace que se experimente la muerte de un vecino o amigo más dolorosa. Este modelo conceptual destaca que los eventos de la vida, los recursos de enfrentamiento de la persona y el ambiente en el que se desarrollan los eventos, pueden afectar el proceso de valoración-revaloración, así como la selección de las respuestas de enfrentamiento y su efectividad.

Diversos autores han tratado de clasificar las distintas las respuestas de enfrentamiento ante situaciones de la vida que pueden ser estresantes (Billings y Moos, 1982; Moos y Billings, 1982; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 1986; y Moos y Schaefer, 1986). Aquí presentaremos la aproximación que describe los procesos de enfrentamiento clasificando las respuestas en dos formas; las que se refieren al método de enfrentamiento, haciendo la distinción si las respuestas son cognitivas, conductuales o evitativas; y las que se refieren al foco del enfrentamiento, distinguiendo el enfrentamiento centrado en el análisis, el enfrentamiento centrado en el problema, y el enfrentamiento centrado en las emociones. En cada una de estas formas de clasificación existe una serie de respuestas de enfrentamiento las cuales se irán revisando en diferentes apartados.

## **CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL MÉTODO DE ENFRENTAMIENTO**

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

### **ENFRENTAMIENTO COGNITIVO ACTIVO.**

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

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

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

La redefinición cognitiva también incluye estrategias cognitivas mediante las cuales una persona acepta la realidad de la situación pero sólo la reestructura para encontrar algo favorable. Tales estrategias involucran el recordarse a uno mismo que las cosas pueden ser peor, pensar que uno es afortunado con respecto a otras personas, crear situaciones hipotéticas que sean peores que las que están experimentando, concentrarse en pensamientos buenos que puedan desarrollarse para la situación, centrarse en los atributos personales que puedan tener alguna ventaja, considerar los valores y prioridades de la

realidad del cambio, concentrarse en algo bueno que pueda disminuir la crisis o alterar los valores, tomar en cuenta las prioridades que se tengan para poder cambiar la realidad y considerar los aspectos beneficiosos del evento amenazante (tales como creer que fortalecerá la autoestima o la maduración personal). Tales percepciones selectivas pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudar a promover el reajuste.

### **ENFRENTAMIENTO CONDUCTUAL ACTIVO.**

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

### **ENFRENTAMIENTO EVITATIVO.**

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

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

Esta categoría abarca una clase de habilidades dirigidas a la crisis en sí misma, como cuando una adolescente que será madre rechaza el reconocimiento de que su bebé cambiará su vida (Moos, 1986). Esto también puede involucrar las consecuencias inmediatas de un evento tales como la negación y la minimización de los afectos después de un desastre natural. Una vez que los eventos son aceptados, estos pueden ser dirigidos a darles una

significancia a largo plazo, como cuando los supervivientes de un desastre creen que sus vidas retornarán a la normalidad rápidamente. También puede presentarse una supresión consciente, como cuando una mujer intenta sacar de su memoria que ha sido violada.

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

## **CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL FOCO DE ENFRENTAMIENTO**

Moos (1986) y otros autores en el constante intento por una clasificación adecuada de las respuestas de enfrentamiento han organizado su evaluación en tres dimensiones de acuerdo con su foco principal; ya sea que éste se centre en la evaluación y reevaluación de una situación, o se centre en el trato directo con la realidad misma de esa situación, o manejando las emociones provocadas por esa situación. Estas tres categorías a su vez se componen de nueve respuestas de enfrentamiento, tres por cada una de ellas, que a continuación describiremos.

### **ENFRENTAMIENTO CENTRADO EN LA EVALUACIÓN.**

En este tipo de enfrentamiento se centra en los intentos por comprender y encontrar un significado a la situación problemática que se enfrenta incluyendo el proceso de evaluación y reevaluación que permite modificar el significado de la crisis, así como comprender la amenaza provocadora de la misma situación. Las estrategias enfocadas a la evaluación

comprenden; el análisis lógico y preparación mental, la redefinición cognitiva, y la evitación cognitiva o negación.

**Análisis lógico y preparación mental.** Esta categoría involucra intentos para manejar la situación problemática mediante un análisis objetivo de la situación. Tales respuestas de enfrentamiento involucran tomar planes a corto plazo para manejar los resultados reales y considerar el ambiente que puede apoyar o limitar las metas a conseguir. Además, este tipo de enfrentamiento puede ayudar a la persona a manejar las emociones provocadas por una situación y a hacer una preparación mental para superar los problemas y pensar en los pasos que deben realizar. En este tipo se va poniendo atención a cada uno de los aspectos de la crisis sin tratar de resolverlos todos al mismo tiempo dando la impresión de que el problema es mas pequeño de lo que parece cuando es dividido en aspectos pequeños que serán mas fáciles de manejar.

**Redefinición cognitiva.** Esta categoría comprende estrategias cognitivas mediante las cuales un individuo acepta tal como se presenta la realidad de la situación, sin embargo la puede reestructurar buscando en ella los aspectos favorables. Tales estrategias incluyen imaginarse a uno mismo en situaciones que pudieran ser peores, o compararse con otras personas a quienes las circunstancias le son menos afortunadas, o también el individuo puede concentrarse en los atributos personales que lo ubiquen en una situación de ventaja, cambiar valores y prioridades adecuándolos a la realidad y pensar en aquellos aspectos positivos que permitan un crecimiento y desarrollo personal a la vez que disminuya la crisis. Estas percepciones selectivas pueden minimizar los aspectos negativos de los eventos estresantes y ayudar a promover el reajuste.

**Evitación cognitiva o negación.** La característica particular de esta categoría se centra en la capacidad para minimizar la complejidad de un evento crítico. Estas capacidades tienden a ser descritas como mecanismos defensivos por ser una respuesta de autoprotección contra el estrés, estas respuestas pueden rescatar temporalmente al individuo ante una situación estresante para tomarse el tiempo necesario para poder recurrir a otros recursos personales de enfrentamiento.



## ENFRENTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA

Busca modificar o eliminar la fuente del estrés tratando de manejar las consecuencias concretas de un problema y con ello construir una situación mas satisfactoria incluyendo la modificación personal aprendiendo nuevas habilidades aumentando con ello la independencia. Los métodos que tipifican este estilo de enfrentamiento son:

**Buscar información o ayuda.** Este tipo de habilidad abarca la búsqueda de información sobre el problema y sobre los tipos de acciones alternativas que se pueden realizar y sus probables resultados. Las respuestas en esta categoría involucran la búsqueda de más información sobre la situación; obtener dirección y guía de una autoridad o un profesionalista; hablar con el esposo u otras personas importantes o amigos sobre el problema y pedir a alguien que proporcione un adecuado tipo de ayuda. Muchas personas obtienen apoyo a través de la incorporación a grupos especiales, tales como una organización o un pequeño grupo de personas que sufren algún tipo de crisis específica. Estos grupos pueden proveer un tipo de ayuda, tales como información sobre la forma en que las personas manejaron sus dificultades en situaciones similares. Esta ayuda puede ser una valiosa fuente de aumento en la comprensión del problema y brindar una sensación de autoconfianza. Estas habilidades con frecuencia se utilizan junto con las habilidades de análisis lógico como un intento individual de tratar de restaurar una sensación de control por el aprendizaje a cerca de las demandas que pueden ser hechas sobre uno mismo y que al mismo tiempo lo preparando para vencer los problemas a través de pensar en los pasos a seguir que están involucrados en la solución del problema.

**Tomar acciones para solucionar el problema.** Este tipo de habilidades involucra tomar acciones concretas para manejar directamente la crisis o sus consecuencias. Estas estrategias incluyen hacer planes alternativos, tomar acciones específicas y concretas para manejar directamente la situación, aprender nuevas habilidades dirigidas al manejo del problema y negociar y comprometerse para lograr resolver las consecuencias del problema.

Tales conductas pueden generar una sensación de competencia, autosuficiencia y autoestima cuando las personas toman estrategias de enfrentamiento asertivas.

**Buscando recompensas alternativas** en estas habilidades se contempla la capacidad para reemplazar las pérdidas que han sido consecuencia de una crisis o de transiciones en la vida a través de cambiar las propias actividades por nuevas fuentes de mayor satisfacción, como por ejemplo llevar a cabo planes a corto plazo para obtener modificaciones concretas en lo inmediato, haciendo los cambios necesarios en el medio ambiente que obstaculizan la consecución de las nuevas metas.

### **ENFRENTAMIENTO CENTRADO EN LAS EMOCIONES.**

El enfrentamiento centrado en las emociones se dirige a manejar los sentimientos o emociones provocadas por una crisis o un estresor específico y tiene como propósito mantener el equilibrio afectivo. Este tipo de enfrentamiento incluye respuestas conductuales o cognitivas cuya función principal es manejar las consecuencias emocionales de los estresores. El enfrentamiento centrado en las emociones puede proveer los recursos necesarios para manejar un problema; por ejemplo, expresar las emociones a través del llanto o de quejidos puede provocar una disminución de la tensión para poder llevar a cabo los caminos alternativos que permitan manejar un problema. Las estrategias enfocadas a las emociones pueden dirigirse a la regulación afectiva, a la descarga emocional, o a la aceptación resignada.

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

**Descarga emocional.** Esta clase de respuesta incluye la expresión franca y abierta de las emociones provocadas por un evento, lo que permite la salida de los sentimientos de enojo y desesperación. Incluye las expresiones verbales para desahogarse, llorar, gritar en protesta a un pronóstico fatal o a la muerte súbita de una persona amada, comer demasiado e involucrarse en conductas impulsivas o de acting out, tales como en actividades sexuales promiscuas u otras que expresen la inconformidad con las normas sociales. Otros ejemplos de las estrategias de reducción de la tensión incluyen el alcoholismo, el tabaquismo y tomar tranquilizantes y otros medicamentos. Tales conductas pueden involucrar una falla temporal de la regulación afectiva, pero se han categorizado de manera separada porque muchos individuos alternan entre el control emocional y la descarga emocional.

**Aceptación resignada.** Esta categoría contempla la llegada a la límite de una situación en extremo crítica, aceptando que las circunstancias no pueden modificarse y resignándose a esa imposibilidad de cambio. Las estrategias que caen dentro de esta categoría concluyen ante cualquier situación que nada puede hacerse para cambiarla y aunque no necesariamente excluye las actividades para la solución del problema, ayuda a las personas a aceptar el evento cuando este ocurre.

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

Las respuestas de enfrentamiento que acabamos de describir se encuentran estrechamente ligadas con los recursos de enfrentamiento con los que cuenta el sujeto para dar esas respuestas. En el siguiente apartado hablaremos de ellos, pero antes mencionaremos brevemente como es que se adquieren las conductas de enfrentamiento.

Para Patterson y McCubbin (1987), los estímulos para adquirir nuevas respuestas de enfrentamiento se relacionan con la percepción o experimentación de una serie de nuevas demandas y/o el incremento de demandas, para las que no se tiene un repertorio de respuestas de enfrentamiento o el que se tiene no es efectivo o si lo fue en el pasado ahora ha dejado de serlo. Estos autores señalan que los periodos de rápidos cambios de la sociedad (por ejemplo, el cambio en el papel de la mujer), en la situación familiar (por ejemplo, separación o divorcio), y en los miembros de la familia (por ejemplo, el desarrollo de la adolescencia) determinan en gran medida el aumento en las demandas que condicionan la adquisición de habilidades de enfrentamiento o bien que las que se tienen puedan modificarse para tratar de recobrar la homeostasis perdida tanto para una adaptación al medio social como para afrontar demandas que puedan presentarse en el futuro.

En contraste con el enfrentamiento que de manera sencilla se refiere al lo que uno hace para enfrentar una situación determinada, los recursos de enfrentamiento se refieren a lo que el individuo posee. Patterson y McCubbin (1987) señalaron que el enfrentamiento involucra el uso de los recursos disponibles para conocer las demandas o el enfrentamiento puede involucrar el desarrollo y adquisición de nuevos recursos que permitan manejar las situaciones conflictivas. Estos mismos autores mencionan que los recursos son; rasgos, habilidades, medios materiales o humanos que pueden ser usados para conocer y manejar las demandas que deben afrontarse. Los recursos de enfrentamiento incluyen a la infraestructura con la que cuenta la comunidad como los servicios médicos y de educación que ofrece, así como las redes de apoyo social que son importantes para conocer y satisfacer directamente las necesidades de los miembros de esa comunidad. Uno de los recursos más importantes para el individuo son la forma en como la familia conoce y satisface directamente las necesidades de los miembros que la conforman. Posiblemente los más importantes recursos del sistema familiar que facilitan el manejo de demandas

estresantes incluyen la cohesión, flexibilidad, organización y la comunicación entre padres e hijos, principalmente los adolescentes.

Por su parte Moos y Billings (1982) señalan que los recursos de enfrentamiento son un complejo grupo de factores cognitivos, actitudinales y de personalidad que proporcionan el contexto psicológico para que se den las respuestas de enfrentamiento. Tales recursos son características relativamente estables que afectan los procesos de enfrentamiento y a su vez son afectados por el resultado anterior de las respuestas de enfrentamiento preexistentes. Algunos de esas características son: el desarrollo del yo; la autoestima; el sentimiento de auto eficacia, comprendiendo en esta el sentido de manejo o dominio y el control interno; los estilos cognitivos y las habilidades generales de solución de problemas; así como los conocimientos, experiencias pasadas, maduración del yo, salud física y emocional. Estos recursos afectan tanto la valoración de las situaciones estresantes como la selección de las respuestas de enfrentamiento para manejar esas situaciones estresantes.

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

Tyler (citado por Moos y Billings, 1982) encontró que la auto competencia esta relacionada con una actitud favorable y con la autoestima; así como con el sentido de eficacia y autoconfianza interpersonal y con una forma activa de afrontar los problemas ambientales cotidianos e inesperados. Por ejemplo, observó en un grupo de estudiantes con una elevada preferencia por la exploración, un mayor nivel de autoestima, un mayor interés por sus

clases y por actividades extracurriculares; además de que se experimentan menor depresión y menores problemas sociales.

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

Otro recurso de enfrentamiento personal que Moos y Billings (1982) señalaron como íntimamente relacionado con el enfrentamiento es el estilo cognitivo, el cual puede ser dependiente de campo o independiente de campo. Una percepción dependiente de campo esta fuertemente influenciada por el contexto ambiental, mientras que cuando una figura es experimentada como separada, independiente y sin influencia del contexto perceptual es designada como independiente de campo. Las personas dependientes de campo están más sintonizadas con su ambiente social, tienen mejores habilidades sociales y tienden a ser más expresivas emocionalmente, además estas personas pueden utilizar sus habilidades sociales para resolver problemas interpersonales más efectivamente. En contraste, las personas independientes de campo son más autónomas y sensibles a sus necesidades internas, tienden a ser más analíticas y estructuradas en sus pensamientos y son más propensas a acertar en el manejo de las situaciones que requieren un análisis lógico y de auto confianza. La orientación dependiente de campo esta más relacionada con el enfrentamiento centrado en la regulación afectiva o de las emociones, mientras que la independiente de campo esta relacionada con el enfrentamiento centrado en el problema, al parecer la orientación dependiente de campo es más común en las mujeres, mientras que el enfrentamiento centrado en el problema, es decir la orientación independiente de campo, es más frecuente en los hombres (Moos y Billings 1982 y Billings y Moos 1981).

El tipo de evento estresante y el contexto en el que ocurre tienen una influencia importante sobre las respuestas de enfrentamiento que presenta un individuo. Rees y Smyer (citados por Moos y Schaefer, 1986) identificaron cuatro tipos de eventos estresantes que influyen en las respuestas de enfrentamiento: los biológicos (por ejemplo la enfermedad y la muerte), los psicológico/personales (por ejemplo, casarse), los físico/ambientales (por ejemplo estar expuesto a un desastre) y los socioculturales (tener un hijo). Otros aspectos que se pueden incluir son; la persona en la cual recae el evento estresante (uno mismo u otra persona), que tan predecible puede ser el evento o que tan controlable puede ser, la probabilidad de su ocurrencia, extensión o amplitud, la diversidad de las áreas de la vida que se ven afectadas. De hecho ante los eventos sobre los cuales los sujetos tienen algún control es más probable que muestren estrategias de enfrentamiento dirigidas a la solución del problema, mientras que cuando estos son esencialmente incontrolables tienden a presentar respuestas de enfrentamiento cognitivas y dirigidas a las emociones (Moos y Schaefer 1986).

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

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

Una diferencia más reportada con respecto al empleo de las estrategias de enfrentamiento se relaciona con el nivel de escolaridad; específicamente encontraron que las personas con mayor educación son más propensas a usar el enfrentamiento activo-cognitivo y el enfrentamiento centrado en el problema y con menor frecuencia el enfrentamiento evitativo, sucediendo lo contrario en las personas con menor educación. También se ha demostrado que las respuestas de enfrentamiento están íntimamente relacionadas con la adaptación del individuo a su medio social, en una exploración de la naturaleza de los procesos de enfrentamiento entre un grupo representativo de adultos de una comunidad, encontraron que las personas que son más propensas a usar estrategias activo-cognitivas y menos propensas a usar estrategias evitativas presentan una mejor adaptación. (Billings y Moos 1981, Moos y Billings 1982 y Moos y Schaefer 1986)

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

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



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

La consistencia interna de esta escala en la categoría de métodos de enfrentamiento es de 0.72 para el enfrentamiento activo-cognitivo, 0.80 para el enfrentamiento activo conductual y 0.44 para el enfrentamiento evitativo. Estos coeficientes indican que la subcategoría de las respuestas de enfrentamiento exhibe una consistencia interna moderada. La ínter correlación entre los tres métodos de enfrentamiento es relativamente baja (0.21), indicando que las categorías son relativamente independientes. La categoría de foco del enfrentamiento presenta una adecuada consistencia interna, de acuerdo con Folkman y Lazarus (1980), es de 0.81. Se presenta un grado de independencia entre el método y el foco del enfrentamiento relativamente bajo (0.25).

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

Finalmente, a manera de un resumen del presente capítulo podemos decir que los estilos de enfrentamiento son recursos cognitivos, conductuales, o emocionales de los que hecha mano el sujeto para poder dar una respuesta a las demandas internas y externas que se le presentan en situaciones evaluadas como problemáticas (Moos 1986), aplicando el concepto al problema que nos ocupa podemos decir que la actitud que tome una

adolescente es una variable que resume las cogniciones que ella misma ha realizado respecto del embarazo, en virtud de su formación, ideas, valores, circunstancias, etc., y por otra parte la calidad de adaptación que logre durante el embarazo, será el resultado de un trabajo de enfrentamiento de su situación (Moos 1986).

Sabemos que aún y cuando se dé un embarazo en las mejores condiciones esperadas, desde el primer momento de la gestación la mujer emprende una larga carrera que consiste en una continua adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales, por lo que su actitud hacia el embarazo de manera simultánea también se va modificando. Empero sí las condiciones del embarazo no son las mejores, el proceso de continua adaptación evidentemente se va complicando, es por eso, por ejemplo, que en el caso de un embarazo no planeado pueden presentarse actitudes diametralmente opuestas como lo es un franco rechazo del embarazo al inicio del mismo, para cambiar hacia la aceptación en el último trimestre con la consabida ambivalencia que este proceso implicaría. Así en situaciones similares de complicación el grado de adaptación estará determinado por una serie de variables, entre las que podemos enumerar: las características particulares de personalidad, la visión en el futuro sí mismas como madres, las relaciones presentes y pasadas con su propia madre, sí el embarazo fue deseado o no, las relaciones con el marido, las experiencias pasadas en general, estresores adicionales, etc. (Moos, 1986).

En el caso concreto de la inminente maternidad de la adolescente que se embaraza, cobra una importancia fundamental la evaluación de los estilos de enfrentamiento, debido a que la chica se encuentra en una etapa del desarrollo en que lo común es que se depende afectiva y económicamente de la familia, además de ello se suma el hecho de la inmadurez de la adolescente embarazada y quizá lo inadecuado de sus recursos para afrontar la situación, aumenta el riesgo de generar problemas de carácter psicosocial, como ya ha sido reportado por los investigadores que con anterioridad han abordado el problema (Moos, 1986).

En un estudio con adolescentes embarazadas, De anda y colaboradores (1991) plantean que durante el proceso adaptativo las estrategias de enfrentamiento tienen dos funciones básicas, solucionar sus problemas y regular las emociones provocadas por la situación,

ellos encontraron, en la muestra de las adolescentes embarazadas que evaluaron, un repertorio muy limitado de estrategias para manejar tanto su estado emocional como las situaciones que se les presentaban; emplearon pocas estrategias de enfrentamiento las cuales se caracterizaban por ser generalmente adaptativas pero mínimamente eficaces. Además estos autores han referido en sus estudios (De Anda y cols, 1991 y 1992) que las estrategias de enfrentamiento más frecuentemente utilizadas por las adolescentes embarazadas que encuestaron son: 1) descarga emocional, 2) distracción, ver la televisión o escuchar música, 3) relajación, 4) aislamiento y 5) buscar ayuda o hablar con alguien.

Al respecto Moos (1986) ha referido en sus trabajos que algunas adolescentes como un estilo de enfrentar sus problemas, frecuentemente intentan reducir sus tensiones a través de la ingesta de bebidas alcohólicas, evitando con ello tomar decisiones respecto de su embarazo y de su bebe, y con esa actitud probablemente intentar negar los inminentes cambios que seguramente ocurrirán después del nacimiento de su hijo.

Una observación más, muy importante, que realizaron De Anda y cols (1992) en un trabajo posterior fue el hecho de señalar que las estrategias de enfrentamiento que utilizan las adolescentes están en estrecha relación con el estado emocional particular que presentan. Ellos observaron en las adolescentes de su estudio, que aquellas quienes presentaron altos niveles de ansiedad y de estrés, empleaban estrategias de enfrentamiento con mayor frecuencia que las adolescentes quienes presentan bajos niveles de estrés y ansiedad, dicho de manera más clara las primeras adolescentes cuya característica era la ansiedad hicieron más cosas por tratar de manejar su situación, independientemente del hecho de que en general no lo consiguieran.

Con base en lo anterior podemos decir que el proceso de adaptación tanto al embarazo como a la maternidad por parte de la adolescente estará estrechamente relacionado: por un lado, con el estado emocional que presente durante el embarazo el cual a su vez se condiciona por la situación particular de vida de cada adolescente; por otro lado, con el tipo de estrategias de enfrentamiento que emplee. A este respecto se puede agregar, además, que las adolescentes embarazadas al parecer utilizan con mayor frecuencia estilos de

enfrentamiento dirigidos a controlar su estado emocional (relajarse, descargar sus emociones, tomar bebidas alcohólicas, distraerse, entre otras estrategias) y quizá con menor frecuencia estilos de enfrentamiento dirigidos a solucionar el problema (buscar ayuda o hablar con alguien). Una explicación plausible a este hecho sería que aparentemente las adolescentes embarazadas eligen en un primer momento un estilo de enfrentamiento dirigido a las emociones, lo cual es quizá una prioridad en ellas bajo esa situación, para que una vez controladas puedan solucionar su problema, aunque un poco en contraposición a esto también podríamos admitir la idea de que las adolescentes que se han embarazado tienen en lo general una inhabilidad para solucionar sus problemas.

Finalmente, el estudio de la relación que existe entre el estado emocional de las adolescentes embarazadas y el estilo particular de enfrentamiento que emplean para contender con las situaciones estresantes, permite acceder a nueva información psicológica específica tanto en particular para este grupo de adolescentes embarazadas, como para el grupo de adolescentes no embarazadas que pudieran estar en riesgo no solamente de un embarazo temprano no deseado sino de cualquier circunstancia que pudiera obstaculizar el sano crecimiento y desarrollo que toda adolescente debería de alcanzar.

# **CAPÍTULO III**

## **LA EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD, LA DEPRESIÓN, Y EL AUTO-CONCEPTO EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

Tratar de describir el estado emocional de las adolescentes que se embarazan es una tarea difícil de abordar porque el embarazo a edades tempranas generalmente se ha considerado como un embarazo no deseado lo cual implica la vivencia de emociones negativas, de hecho en algunos estudios se ha descrito en adolescentes la presencia de sentimientos de depresión, culpa, degradación y humillación, principalmente cuando llagan a quedar embarazadas antes del matrimonio (Black y Deblassie 1985, Aldana y Atkín 1990, Lineberger 1987, Salvatierra 1989, Loya López 1986). Es por esto que consideramos que son muchos los factores que se deberían tomar en cuenta para tener cierta seguridad en afirmar algo a cerca de ello, y aun y cuando se pudiera conseguir el control de todos esos factores que intervienen pocas generalizaciones se podrían hacer porque las características emocionales de las adolescentes embarazadas distan mucho de ser homogéneas, por ejemplo, la heterogeneidad en el estado emocional lo determinan condiciones como; tener pareja, apoyo familiar, deseo del embarazo y/o aceptación, la salud física y emocional, la historia familiar, las condiciones educativas, etc. Es por ello que nosotros pretendemos describir, de todas aquellas variables emocionales que han sido evaluadas sobre la respuesta emocional de la adolescente embarazada, únicamente las que tienen relación con el trabajo que aquí se presenta. Estas variables son: ansiedad, depresión, y auto concepto. Mismas que presentaremos en ese orden, en este capitulo. Intentando una breve revisión tanto teórica como de medición, de acuerdo a los instrumentos que fueron empleados en esta tesis, mencionando los resultados más relevantes que se ha encontrado al respecto, considerando también algunos estudios en adolescentes embarazadas con y sin pareja.

# ANSIEDAD

El término de ansiedad frecuentemente se confunde con el sentimiento de miedo ya que en el lenguaje común, y también en el de la psicología, unas veces se utilizan como sinónimos y otras veces como conceptos diferentes. Para clarificar el concepto debemos decir que el miedo se refiere generalmente a una reacción emocional provocada por un daño o perjuicio de algún peligro objetivo en el medio ambiente, es decir, implica la percepción de una situación claramente amenazante, conocida, externa, inmediata y bien definida; y la diferencia con el concepto de la ansiedad es que la fuente de ella no se percibe más que de una manera confusa y vaga, por lo tanto es desconocida, interna, futura, subjetiva y de origen conflictivo (Archundia, 1981). Ya en 1926 S. Freud había definido la ansiedad (“Angst” en alemán”) refiriéndose a ella como un elemento de la función de defensa del yo que hace que se movilicen las energías y se pongan en juego todos los procedimientos de lucha ante el peligro interno, explicando que era una advertencia ante el peligro manifestándose hacia el exterior en un aumento de la tensión sensorial y en una tensión motriz, esta advertencia provoca por una parte; la acción motriz de huida como una primera respuesta y en un nivel superior la defensa activa; por otra parte, la sensación de angustia, es decir, el estado emocional que emerge.

A lo largo del desarrollo de la psicología el término de la ansiedad también se ha ido definiendo y mas recientemente se considera que la ansiedad consiste en una respuesta emocional o afectiva, que conlleva una activación biológica básica y tiene un referente conductual. La ansiedad comprende tres dimensiones que son parte integral de la respuesta que explica el sentimiento de displacer característico de esta emoción: la dimensión cognitiva, que incluye la percepción tanto de una amenaza o peligro real y objetivo como de una amenaza confusa y subjetiva, esta dimensión se refieren a la percepción por parte del sujeto de una amenaza en donde, independientemente de sí se trata de un evento capaz de ser manejado, el sujeto siempre tendrá una sensación de conflicto; una dimensión biológica, que comprende los cambios fisiológicas a nivel autónomo y neuroendocrino que forman parte de la sintomatología típica de la ansiedad, es decir la activación

neurovegetativa, análoga a un estado de emergencia, seguida de modificaciones hormonales y de la aparición del comportamiento con que el sujeto intenta afrontar la situación, adaptándose, superándola, o evitándola; y la dimensión conductual, que se refiere a las tendencias de acción y a todos los intentos por manejar la situación que provoca la ansiedad, ya sea resolviendo o evitando el problema o la situación generadora de ansiedad, en otras palabras se refiere a las conductas de enfrentamiento que utiliza un sujeto para manejar los estímulos generadores de ansiedad (Vallejo y Basto, 1990, Everly 1989, Salvatierra 1989, Archundia 1981, González, 1996).

El término de ansiedad también está estrechamente vinculado con el de estrés; ya que el estrés es un concepto que se ha usado para describir una respuesta del individuo ante estímulos peligrosos llamados estresores que producen reacciones emocionales como la ansiedad y en general cambios cognitivos, afectivos, conductuales y psicológicos. De esa manera es como los estímulos que activan un estado de ansiedad se relacionan con el estrés, es decir, un acontecimiento externo puede llamarse estresante si la persona es incapaz de enfrentarse con él o si la reactividad nerviosa es excesiva o prolongada. Sin embargo hay que aclarar que si un acontecimiento provoca o no estrés depende de la naturaleza misma del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con él. (Salvatierra 1989, Lazarus y Folkman 1984)

El estrés no puede ser definido sin hacer referencia al individuo que está expuesto y reacciona ante su medio ambiente, porque el estrés no es otra cosa mas que la relación entre la persona y su medio ambiente, apreciada por el individuo como amenazante o que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman 1984). Además el estrés se acompaña de un estado emocional variable, generalmente desagradable, denominado como un estado general de tensión emocional porque el mismo estresor puede causar ansiedad, vergüenza o cólera en una persona (Janis citado por Salvatierra, 1989). La tensión emocional ante una situación estresante ocurre de tal forma, que interfiere con los patrones habituales de respuesta psicológica del individuo, es por eso que los autores en general aceptan que el estado emocional característico del estrés es la ansiedad (Salvatierra, 1989).

Respecto a las manifestaciones clínicas de la ansiedad el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) ofrece todo un apartado para los trastornos de ansiedad, de ellos el trastorno por ansiedad generalizada refiere como sintomatología esencial una ansiedad y preocupación no realista o excesiva sobre dos o más circunstancias vitales y describe varios síntomas de tensión motora, de hiperactividad vegetativa y de hipervigilancia, a saber: Los síntomas de tensión motora se reconocen por temblor, contracciones, sacudidas, tensiones y dolores musculares, inquietud y fatiga excesiva; Los síntomas de hiperactividad vegetativa, incluyen falta de aliento o sensación de ahogo, palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia), sudoración o manos frías y húmedas, boca seca, mareo o sensación de inestabilidad, náuseas, diarrea u otros trastornos abdominales, sofocaciones o escalofríos, micción frecuente, dificultades para tragar o sensación de “nudo en la garganta”; Los síntomas de hipervigilancia incluyen sentirse atrapado o al borde de un peligro, exageración de la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, episodios en los cuales la mente se queda en blanco debido a la ansiedad, dificultades para dormir o mantener el sueño, e irritabilidad.

Es importante señalar que el DSM IV dice que en los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños que presentan el trastorno pueden mostrarse abiertamente conformistas, perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos por una excesiva insatisfacción a la vista de que los resultados no llegan a la perfección. Al perseguir la aprobación de los demás pueden mostrar un recelo característico; necesitan asegurarse de forma excesiva de la calidad de su rendimiento o de otros aspectos que motivan su preocupación. Con respecto al curso del trastorno de ansiedad generalizada muchos individuos se consideran “ansiosos o nerviosos” de toda la vida. Aunque más de la mitad de los que acuden a la consulta manifiestan que el trastorno de ansiedad generalizada empezó en la segunda infancia o la adolescencia, no es raro que el trastorno se inicie a partir de los 20 años de edad. El curso es de carácter crónico, pero fluctuante, con frecuentes



agravamientos coincidiendo con períodos de estrés. El DSM-IV contempla que en este trastorno son frecuentes los sentimientos depresivos leves.

Siendo la ansiedad un concepto tan importante en el quehacer de la psicología, como lo hemos visto, ha variado su conceptualización sobretodo porque en el desarrollo de la investigación en psicología ha sido necesario operacionalizar el concepto para el diseño de instrumentos psicológicos de medición, tal es el caso de la definición de Spilberger y Díaz (1975). Estos autores distinguieron dos dimensiones de la ansiedad: una la ansiedad-estado, mencionando que es una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza tanto por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos, conscientemente percibidos, como por un aumento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo, en donde los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo; la otra la ansiedad-rasgo definida como las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, se refiere a las diferencias entre las personas con la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes, con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado.

Los autores anticipan que quienes califican alto en ansiedad-rasgo, tendrán también puntuaciones elevadas en la ansiedad-estado, más frecuentemente que los individuos que califican bajo en ansiedad-rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta ansiedad-rasgo, también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de ansiedad-estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan la autoestima. Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren en ansiedad-rasgo, muestren o no diferencia en ansiedad-estado, depende del grado en que la situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido considerablemente por la experiencia pasada en un individuo (Spilberger y Díaz, 1975).

Spilberger y Díaz (1975) publicaron la versión en español del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) que es una escala que mide las dos dimensiones de la ansiedad,

anteriormente mencionadas. El instrumento tiene dos escalas separadas de autoevaluación, cada una de 20 afirmaciones. En la escala de ansiedad-rasgo se le pide a los sujetos describir como se sienten generalmente; en tanto que en la escala de ansiedad-estado los sujetos tienen que indicar como se sienten en un momento determinado.

En 1990 Morales y González normalizaron este instrumento en una población obstétrica del Instituto Nacional de Perinatología (INPer). Porque este instrumento ha demostrado cubrir las condiciones necesarias para ser considerado un adecuado instrumento de medición, ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y metodológicos que se exigen para que sea eficaz (Redondo y Redondo, citados en Morales y González, 1990).

La confiabilidad del IDARE ha sido determinada mediante un análisis de correlación test-retest. De acuerdo con lo cual, la escala de ansiedad-rasgo tiene una correlación test-retest de 0.73 a 0.86; mientras que la escala de ansiedad-estado tiene una correlación test-retest de 0.16 a 0.54, lo cual refleja que dicha escala mide el nivel de ansiedad que presenta una persona en un momento específico; es decir, indica que el nivel de ansiedad-estado está influenciado por factores situacionales. La consistencia interna del IDARE es alta, la escala de ansiedad-rasgo tiene una consistencia interna de 0.89 a 0.92 y la escala de ansiedad-estado de 0.82 a 0.92. La validez de esta prueba se ha evaluado a través de otras pruebas que miden ansiedad, como la escala de ansiedad de Tylor, con la cual el IDARE tiene una correlación de 0.86 a 0.92 (Spilberger, Gorsuch y Lushene, 1979).

Además también se han efectuado series de correlaciones del IDARE con otras escalas incluidas por supuesto las que miden ansiedad, así como con pruebas de personalidad. Las investigaciones realizadas con escalas de ansiedad obtuvieron correlaciones más altas bajo condiciones en las que hubo una amenaza de la autoestima (Hodges, Felling y Lamb, citados en Morales y González, 1990). Con respecto a las pruebas de personalidad se aplicaron el IDARE y la prueba de personalidad de Jackson, encontrándose que las calificaciones promedio ansiedad-rasgo y ansiedad-estado de personas con problemas

emocionales, resultaron ser significativamente superiores a las que tenían problemas emocionales o vocacionales (Jackson, citado en Morales y González, 1990).

Existen relativamente pocas investigaciones que relacionan el embarazo con la respuesta de ansiedad y más escasas aún, al referirnos a la población adolescente a pesar de que es ampliamente reconocido que tanto el embarazo como el periodo adolescente por separados generan situaciones de ansiedad por su carácter de estados críticos, y la combinación de ambos creemos que potencian la respuesta de ansiedad. Sin embargo, con base a su confiabilidad y validez, el IDARE ha sido empleado en diversos estudios con mujeres embarazadas (Mercer y Ferketich, 1988; Zarco, 1990; Archundia, 1981; Valderrama, 1988 y Reading, 1983); y también con adolescentes embarazadas (De Anda y cols., 1991 y 1992, Linenberger, 1987; Lieberman, 1980 y González, 1996).

Siendo claro que la ansiedad es una respuesta emocional que el estudio pretende abordar en su manifestación en las adolescentes que se embarazan, en lo que sigue se mostraran las investigaciones que en concreto se han realizado con este propósito.

Es sabido, que en el embarazo temprano el nivel del estado de ansiedad se incrementa, por ejemplo, Zongker (1989), sostiene que la anterior afirmación se explica por el bajo o negativo auto-concepto que sus sujetos presentaron. En su trabajo este autor, encontró que el grupo de madres adolescentes solteras presentaron un auto-concepto más bajo al compararlas con el grupo de las madres adolescentes casadas, además a las solteras se les describió como mujeres con un alto nivel de ansiedad, mayor rigidez y un precario nivel de ajuste social. No obstante lo anterior el autor considero que la ansiedad presente en los resultados de su estudio, pudo haber sido generada exclusivamente por la situación de embarazo, y sí sumamos a ello que bajo esa circunstancia especial surge en las adolescentes la necesidad de depender de los adultos, en una época del desarrollo en la cual ellas normalmente experimentan conflictos con los padres por su deseo de ser independientes, la respuesta de ansiedad, amén de los sentimientos de culpa, aumenta. Otra manifestación de la respuesta de ansiedad detectada en el embarazo adolescente es descrita por Adams (citado en Linenberger 1987) quien observó que el estado de ansiedad en las adolescentes

de su estudio fue evidenciado por su negación del embarazo y por el temor al trabajo de parto.

Por otra parte en los estudios, por De Anda y colaboradores en los años de 1991 y 1992, encontraron que tanto las adolescentes embarazadas como las adolescentes que ya eran madres, registraron un puntaje por arriba de la norma tanto en la evaluación de la ansiedad estado, así como en la evaluación de la ansiedad rasgo, evaluadas a través del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) creado por Spilberger 1970, y adaptado al español por Spliberger y Díaz en 1975 como lo hemos visto y es el mismo que será empleado en el presente estudio. De anda y colaboradores también observaron que además de la depresión y el estrés, la ansiedad es una característica muy frecuente en las adolescentes embarazadas.

En un estudio interesante citado por Linenberger en 1987, Kuhn al estudiar aquellos factores estresantes que antecedían a la psicosis postparto en una paciente adolescente soltera, sugirió otras fuentes de ansiedad que afectan el estado emocional de las adolescentes embarazadas, este autor comparó el estres normal que se presenta durante el embarazo, así como el estres que se presenta durante la maduración de las adolescentes, y argumentó que tanto el nivel de ansiedad que presentan las adolescentes embarazadas, como el nivel de ansiedad que presentan las adultas es muy similar, lo cual reafirma el argumento de que el solo fenómeno del embarazo se relaciona con un aumento en los niveles de ansiedad sin importar la edad de la embarazada. Además, el mismo autor agrega en su trabajo, que tanto las embarazadas adultas como las adolescentes embarazadas son propensas a presentar episodios abruptos de ansiedad sin tener, aparentemente, una causa o razón, puede generar ansiedad en las pacientes embarazadas la sola idea de tener un hijo y las modificaciones en la vida de la mujer que ello implica, aunque tal afirmación no descalifica, naturalmente, que la ansiedad sea provocada por otras complicaciones agregadas como lo son, por ejemplo, una concepción ilegítima en el caso de las gestantes adolescentes solteras, y la falta de apoyo por parte de la pareja.

Lieberman (1980) realizó una observación más específica dentro del universo de las adolescentes embarazadas, estudió la diferencia entre adolescentes embarazadas solteras y adolescentes embarazadas casadas, donde encuentra que las primeras presentan un mayor nivel de ansiedad que las segundas, el cual se observa a través de la expresión de sentimientos de inseguridad, incertidumbre, soledad y desamparo; esta observación sugiere que el estado civil de las adolescentes embarazadas pudiera ser un factor que influye en la respuesta emocional, concretamente en el nivel de ansiedad que llegan a presentar.

Por último en lo que respecta a la respuesta de ansiedad en las adolescentes embarazadas, cabe mencionar un estudio realizado en la ciudad de México y llevado a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer.) en donde una de las variables que se evaluaron fue precisamente el estado de ansiedad, dicha investigación fue realizada por González en el año de 1996, en una muestra conformada por 41 adolescentes embarazadas con pareja estable al momento del embarazo, casadas o en unión libre, en donde se encontró que tan solo una cuarta parte, aproximadamente, de las adolescentes embarazadas presentaron niveles significativos de ansiedad en las calificaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Este resultado en cierta medida contradice los hallazgos reportados en estudios realizados con adolescentes embarazadas americanas, como lo han mostrado los trabajos que hemos citado con anterioridad, en donde se concluye que las adolescentes embarazadas presentaron altos niveles de ansiedad. Empero, el estudio de González (1996) concuerda con estudios llevados a cabo con muestras de adolescentes embarazadas mexicanas, Archundia (1981), Valderrama (1988), y Zarco (1990) en donde en términos generales se dice que la situación de embarazo en adolescentes mexicanas no genera modificaciones ni en la dimensión de la ansiedad rasgo, ni en la ansiedad estado, ya que los resultados que se han obtenido en los puntajes de ansiedad de las adolescentes embarazadas evaluadas en estos estudios se presentan dentro de un patrón de normalidad. En otro estudio llevado a cabo en el INPer (Duarte 1996) al comparar adolescentes embarazadas con pareja y sin pareja con respecto a la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos escalas y el puntaje promedio de los dos grupos en cada una de las escalas tampoco rebasó el punto

de corte marcado por la estandarización de Morales y González 1990 para la población que acude al INPer.

Para terminar con el primer apartado de este capítulo, podemos decir que la ansiedad como concepto en psicología ha recibido varias definiciones en el intento de tener un concepto más preciso, no obstante la mayoría de los autores coincide en que la ansiedad implica una respuesta cognitiva, fisiológica, conductual y emocional ante un estímulo que es percibido como amenazante o conflictivo, cuya respuesta dependerá de la naturaleza del acontecimiento y de los recursos, defensas y mecanismos de la persona para enfrentarse con él. Por otra parte en la evaluación de la ansiedad hemos decidido emplear el Inventario de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado (IDARE) debido que sus características tanto de construcción como de confiabilidad y validez han permitido que sea empleado en diversas investigaciones en particular con adolescentes con adolescentes embarazadas, en donde se han encontrado tanto altos niveles de ansiedad para estas adolescentes como niveles de ansiedad similares a las mujeres embarazadas adultas, y también en otros estudios se ha encontrado que las adolescentes embarazadas solteras presentan mayores niveles de ansiedad que las adolescentes embarazadas casadas.

## **DEPRESIÓN**

El siguiente factor emocional que nos interesa abordar en este estudio es relativo a la depresión y su manifestación en el embarazo adolescente. Sin embargo, debemos empezar con algunos elementos conceptuales de la depresión. Para Catwell y Baker (1991) el término depresión es usado para referir un síndrome o una serie de síntomas que ocurren regularmente y que no están asociados por casualidad. En los adultos el síndrome depresivo se reconoce por cambios en el buen humor y cambios en los ocho grupos de síntomas primarios. Estos son: cambios en el apetito y peso, cambios en los patrones de sueño (particularmente insomnio), agitación psicomotora o retardo psicomotor; fallas de interés en las actividades usuales y una disminución en la concentración, identificación del pensamiento y finalmente deseos recurrentes de morir, deseos de suicidarse o conducta

suicida. La depresión es un desorden afectivo que puede o no ser un trastorno de tipo psiquiátrico primario.

De la gran variedad de definiciones que existen para el estudio de la depresión se encuentra también la incluida en el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), en donde es clasificada como un desorden afectivo que tiene básicamente tres tipos de expresión. La definición del DSM IV incluye por supuesto la alteración afectiva al estado de ánimo o humor, como un estado emocional permanente que matiza por completo la vida psíquica del individuo que la padece. Los factores de gravedad y de temporalidad son tomados en cuenta esencialmente para una adecuada categorización del fenómeno depresivo.

En el DSM IV la sección de los trastornos del estado de ánimo incluye los trastornos que tienen como característica principal una alteración del humor. Se describen los episodios afectivos para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos del estado de ánimo, porque la mayoría de ellos exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos con las especificaciones que describen al episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes. Estas especificaciones son: Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, de inicio en el posparto.

Los trastornos concretamente depresivos, es decir la depresión unipolar, están divididos en; trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, con al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión. El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar aquellos trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para; un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o

trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria)

Los criterios generales para el diagnóstico del episodio depresivo mayor son:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida del interés o de la capacidad para el placer. 1 Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros, en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable. 2 Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día. 3 Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso o pérdida o aumento del apetito casi cada día, en niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables. 4 Insomnio o hipersomnias casi cada día. 5 Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día. 6 Fatiga o pérdida de energía casi cada día. 7 Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados casi cada día. 8 Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día. 9 Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Los criterios para el diagnóstico del Trastorno depresivo mayor, episodio único son:

Presencia de un único episodio depresivo mayor. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Se debe especificar el estado del episodio actual o más reciente como leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, no especificado, también se especifica si es crónico, con síntomas catatónicos, con síntomas melancólicos, con síntomas atípicos, de inicio en el



posparto. Y los criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor recidivante son: Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

Los criterios generales para el diagnóstico del Trastorno distímico son:

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año. B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1 Pérdida o aumento de apetito. 2 Insomnio o hipersomnia. 3 falta de energía o fatiga. 4 Baja autoestima. 5 dificultades para concentrarse o para tomar decisiones. 6 sentimientos de desesperanza. C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos. D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Especificar si es de Inicio temprano, antes de los 21 años, o de Inicio tardío a los 21 años o más.

Los criterios generales para el diagnóstico del Trastorno depresivo no especificado son:

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos del trastorno depresivo no especificado incluyen: 1. Trastorno disfórico premenstrual: los síntomas (p. ej., estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones) en la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes durante al menos 1 semana después de las menstruaciones. 2 Trastorno depresivo menor: episodios de al menos 2 semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco criterios exigidos para el trastorno depresivo mayor. 3 Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de 2 días a 2 semanas, que se presentan al menos una vez al mes durante 12 meses (no asociados con los ciclos menstruales). 4 Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia. 5 Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia. 6. Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia.

Por otra parte la depresión en la investigación psicológica ha sido una variable que ha sido evaluada a través de un gran número de instrumentos diseñados con este fin y que en su operacionalización en general se toman en cuenta la gran mayoría de los criterios diagnósticos de DSM IV que hemos expuesto con anterioridad. Tal es el caso de la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) que fue elaborada y ampliamente probada por William Zung en 1965; este investigador logro diseñar una escala para la evaluación de la depresión que es sencilla, breve, fácilmente cuantificable y autoaplicable para poder

identificar con rapidez a los pacientes cuyo diagnóstico indicara que padecían un trastorno depresivo. Aunque la prueba únicamente mide cuantitativamente la intensidad de la depresión, sin tomar hacer un diagnóstico diferencial preciso.

En el trabajo de probar confiabilidad, validez y la sensibilidad de la EAMD Zung y Brown (1972) demostraron una significativa correlación entre la escala 2 (depresión) del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y la EAMD; en otro estudio Kerner y Jacobs relacionaron los puntajes de la escala de depresión de Beck con la escala diseñada por Zung, y encontraron que ambas escalas se asocian significativamente. En la escala de Beck no se identifican las diferencias de género pero sí de edad ocurriendo lo contrario de la EAMD. Aún y cuando existen varios hallazgos que apoyan la validez de la EAMD, en Nueva Zelanda se llevo a cabo una normatización y los autores enfatizaron la necesidad de establecer normas específicas para cada una de las poblaciones en donde se quiere aplicar la escala, a pesar de que la prueba ha demostrado una fuerte consistencia interna.

Por sus características la EAMD es frecuentemente empleada, debido a que se ha demostrado sensibilidad para diferenciar pacientes deprimidas antes y después del tratamiento, en comparación con un grupo control no deprimido (González y Morales, 1993). Es por esto que la EAMD fue también normatizada en México con una población obstétrica (González y Morales 1993). Los resultados mostraron que las pacientes eran sobrediagnosticadas al considerar las normas originales, debido a una variación de 4 puntos, en el punto de corte del instrumento. Debido a que el sentimiento de depresión se encuentra asociado a pérdidas objetales, una posible explicación del mayor grado de depresión encontrado en la población, comparado con las normas originales de la prueba, es que el embarazo o el inicio de vida reproductiva, a pesar de estar rodeado de expectativas, en la mayoría de los casos implica en el fondo un pérdida de objetos, dependencia de la familia original, comodidad, aplazamiento de la vida reproductiva, cambios en la relación de pareja, etc. También se observó que las mujeres al inicio de la vida reproductiva prefieren dedicarse al hogar, a pesar de haber logrado buenos niveles de

escolaridad (González y Morales, 1993). Es por eso que esta es la escala que será utilizada en la evaluación de la depresión en nuestro estudio.

En la literatura referente a la evaluación del estado emocional de las adolescentes embarazadas se ha mencionado resaltado que el solo hecho de recibir la noticia de estar embarazada es suficiente para que el estado emocional de la adolescente se altere, y si la adolescente que se embaraza no cuenta con el apoyo de una pareja debido a cualquier circunstancia (separación, divorcio, viudez, o el impedimento de los padres por continuar con su relación), evidentemente por esa circunstancias en particular experimentaran un fuerte impacto psicológico el cual se caracterizará por un amplia gama de respuestas emocionales con un grado también variable en la gravedad de esa respuesta, misma que puede ser leve, moderada o francamente grave. Los síntomas que pueden manifestarse van desde la resignación, frustración, inadaptabilidad, desconcierto, autodestrucción, hasta la rumiación suicida o el suicidio consumado, todos ellos síntomas emocionales patognomónicos que definen trastornos del estado de animo, concretamente estados depresivos (Cohen, Friedrich, Jacobs, Glaser, Semmens, y Krantz citados por Aldana y Pérez, 1990).

Lo anterior apoya el argumento arriba mencionado y frecuentemente utilizado de que el solo hecho de estar embarazadas causa estados depresivos en las adolescentes (Tolbert, 1988), los síntomas de estos pueden manifestarse como arriba se indico, o bien podría el estado depresivo manifestarse de otras maneras, por ejemplo desde la presentación de desordenes hipocondríacos o psicósomáticos (Glaser y Lesse citados por Aldana y Pérez, 1990), hasta la manifestación de síntomas como sentimientos de soledad, aislamiento, pobre autoestima, labilidad emocional, sentimientos de culpa, frustración con una tendencia hacia la euforia, y también una carencia tanto de autoconfianza como de expectativas hacia el futuro (Black y Deblasse, 1985 y Aldana y Pérez, 1990), sin olvidar naturalmente la irritabilidad como uno de los dos síntomas principales para hacer el diagnostico de estados deprimidos en adolescentes y niños, según lo indica en su cuarta versión el Manual de Diagnostico Estadístico de Trastorno Mental (DSM IV).

Aunque es sabido que las adolescentes que se embarazan sufren periodos depresivos importantes tal como ha sido mencionado, los trabajos de investigación realizados sobre el tema en realidad no son tan numerosos como pudiera esperarse. Quizá esta situación se deba al hecho que aún y cuando se sabe de esta reacción emocional de la adolescente que se embaraza en realidad no se halla valorado de manera sistematizada el estado depresivo en esta población (Mezzich y Mezzich citados por Linenberger, 1987) o bien que las mediciones del estado emocional se dificulte porque los síntomas de la depresión en los adolescentes no necesariamente son los clásicos síntomas de un estado de animo depresivo, como en el caso de la irritabilidad en adolescentes, que es un síntoma principal para el diagnostico de la depresión en esta población. Además otro aspecto muy importante es que los síntomas emocionales presentes en los adolescentes en general y las adolescentes embarazadas en lo particular han sido etiquetados como expresiones de confusión emocional relacionados a los cambios maduracionales a los que se enfrentan (Extein, Rosenberg, Pottash y Gold, citados por Linenberger, 1987).

Con respecto a la descripción específica del estado de animo depresivo de las adolescentes que se embarazan varios autores como Duarte (1989) Fernández y colaboradores (1988), Haggerty (citado por Aldana y Atkin, 1987) han mencionado que un apoyo social efectivo, tiene la capacidad de reducir la vulnerabilidad hacia la depresión en las adolescentes embarazadas, en particular si lo hay durante el periodo del embarazo así como durante el primer periodo de adaptación a ser madres. Por su parte Aldana y Atkin (1990) sugieren que la incertidumbre que provoca la situación de estar embarazadas en las adolescentes, propicia dudas y preocupaciones, generando sentimientos depresivos especialmente en el caso particular de la adolescente embarazada soltera. No obstante, también ha sido observado que no todas las adolescentes embarazadas se deprimen, este hecho es probablemente debido a que su estado emocional esta multideterminado tanto por factores personales, por lo tanto subjetivos, así como por factores culturales, sociales y familiares, los que en conjunto determinarán el significado del embarazo y la maternidad que posean las adolescentes. Prodromis M. y cols (1994) evaluaron los estresores psicosociales en madres adolescentes deprimidas y no deprimidas a quienes aplicaron el inventario de depresión de Beck (1987) entre los primeros tres días postparto en este estudio encontraron

que las madres adolescentes deprimidas consistentemente reportaron tener mas problemas en mas áreas del funcionamiento psicosocial además encontraron que los mejores predictores de la depresión materna fueron el estado de salud mental, las relaciones familiares, y las habilidades sociales. Cabe anotar que con respecto a la dificultad en la evaluación del estado deprimido en adolescentes estos mismos autores en un estudio posterior (Scafidi, y cols. 1999) que es necesario seguir evaluando a los individuos que presentan bajos puntajes en la escala de depresión de Beck porque pudieran estar negando en realidad sus síntomas depresivos.

En una investigación realizada en el INPer (Duarte 1996) se reporta que casi la mitad de la muestra estudiada tenia síntomas suficientes para hablar de alguna condición depresiva y cuando la muestra fue dividida entre adolescentes embarazadas con y sin depresión comparándolas con el auto-concepto y la ansiedad se concluyo que la depresión en el embarazo adolescente impacta de manera importante los puntajes en el auto-concepto y en la ansiedad.

## **AUTO-CONCEPTO**

La definición del auto-concepto, implica rastrear sus legítimos orígenes, tener una idea clara, delineada y delimitada de lo que este constructo psicológico abarca, sin embargo la dificultad en su definición depende mucho de los diferentes enfoques teóricos desde donde se ha abordado, y por lo tanto al tratar de estudiarlo se llega a tener la impresión de que hay tantas acepciones del vocablo como número de autores se han ocupado de él.

Un buen ejemplo de lo anterior tiene que ver con las maneras en que se ha tratado de describir: para Oñate (1989), la elaboración del constructo del auto-concepto por parte de la psicología, surge del análisis operacional de la antigua cuestión filosófica de ¿Quién soy yo?. Para Cruz (1992), no es difícil hallarlo confundido con términos tales como imagen corporal, consciencia de sí mismo, yo, self, autoimagen, autorrepresentación, autoestima, etc. y en algunos casos estos terminos sólo difieren en el manejo semántico. Por su parte

Masitu y Román (citados por Oñate, 1989) diferencian el auto-concepto de la autoestima, mencionando que el primero, incluye una identificación de las características del individuo, así como una elevación de los mismos, mientras que la autoestima hace más incapie en el aspecto de la evaluación de las características. Para Coopermith (citado en Oñate, 1989) define a la autoestima como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo, en donde tales actitudes evaluativas parecerían indicar “el alcance al que el individuo cree ser capaz, ser significativo y digno”.

Finalmente Fittz (1965) define al auto-concepto como “el criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que es capaz de dar de sí misma en un momento dado”. En la conceptualización de este autor el énfasis recae en la persona como objeto del auto-concepto, que incluye no solamente la auto definición sino el sentimiento de cómo otra persona define al sujeto. Con base en estas reflexiones el autor elaboró la Escala Autoconcepto de Tennessee (EAT) de en colaboración con el Departamento de Salud Mental de Tennessee. Dicha escala tiene dos formas de calificación, una para orientación y otra para investigación clínica, siendo ambos prácticamente los mismo, ya que utilizan el mismo instructivo y los mismo reactivos. La diferencia estriba en que la forma clínica es más compleja en la computación, análisis e interpretación de sus puntajes y en el sistema de perfiles. El grupo con el cual la prueba se estandarizó, fue una muestra representativa de 626 sujetos de varias partes de los Estados Unidos de Norteamérica. En general la EAT esta construida tomando en cuenta que la percepción del auto-concepto es multidimensional y los factores más importantes que describe son categorizados en tres renglones: R1 Identidad (quién/como soy); R2 Autosatisfacción (como me acepto a mí mismo); R3 Comportamiento (como actúo). Y en cinco columnas que evalúan las dimensiones del: yo físico (columna A); yo ético moral (columna B); yo personal (columna C); yo familiar (columna D); y yo social (columna E).

Hace 10 años ya existían 1350 artículos en los que se utiliza la escala de autoconcepto de Tennessee publicadas en la bibliografía de estudios de investigación de Western Psychological Services (Cruz, 1992). Esta escala ha sido adaptada a la versión castellana

por Blanca María Alvares y Guido A. D. Y ha sido distribuida por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua, México, y aunque esta escala en esa época no se disponía de datos, de normas, validez y confiabilidad en México era ampliamente utilizada porque el mismo autor de la prueba señaló que cuando se trata de muestras grandes ( $n \geq 75$ ) no se encuentran variaciones notables de la norma y los efectos de variables demográficas tales como sexo, raza, edad, educación e inteligencia. No obstante, actualmente la EAT también ha sido normatizada para la población que acude al Instituto Nacional de Perinatología (Morales y col. 2001)

La evaluación del auto-concepto en las adolescentes embarazadas también ha sido ampliamente reportada, esta variable ha sido mencionada como uno de los correlatos, quizá el más importante para explicar el embarazo adolescente (Paik 1992), inclusive el auto-concepto ha sido reconocido ya desde hace mucho tiempo (Kinch, 1963 citado por Paik 1992) como emergente “desde la interacción social y virando, a guiar o influir el comportamiento de un determinado individuo”. Paik (1992) en su estudio, tomando como base algunas publicaciones previas, señala que es frecuente observar el fenómeno del embarazo adolescente entre las familias negras, pobres y desestructuradas, también lo es, entre las adolescentes que tienen un precario conocimiento de la respuesta sexual humana, o bien en adolescentes que se caracterizan por tener poca orientación de su futuro, además de tener poca motivación, así como poca habilidad para tomar decisiones, sumado a lo anterior también presentan baja auto-estima, aunque resulta riesgoso mencionar si la auto-estima es un factor causal o un efecto del embarazo adolescente, empero lo que es un hecho es que la observación de baja auto-estima entre las adolescentes embarazadas es relativamente frecuente encontrarla reportada en varios de los estudios sobre el tema.

Paik (1992) realizó una importante revisión de los trabajos antecedentes al suyo, en ellos cita a Grisworld y colaboradores quienes reportaron baja auto-estima, sentimientos de inferioridad, y dificultad de conseguir éxito en los esfuerzos adaptativos, como factores que caracterizaban a las adolescentes negras que presentaron embarazos repetitivos, mientras que, a diferencia de lo anterior, los factores que caracterizaban los embarazos repetidos de las adolescentes blancas, tenían que ver con las relaciones intra-familiares que se definieron



como pobremente afectivas y limitadas entre padres e hijas. Además de estos, se pueden agregar otros factores observados en los estudios sobre embarazo adolescente con pacientes primigestas en comparación a pacientes con embarazos repetidos (Ford y Gispert et al citado por Paik, 1992), los factores han sido; la ausencia del padre en la familia, una relación negativa entre madre e hija, combinado con un desconocimiento del uso de anti-conceptivos, factores que han impactado tanto la auto-estima como el auto-concepto de las adolescentes, en donde los autores han hecho hincapié en que particularmente la baja auto-estima, puede ser un factor de primordial importancia, entre los otros, para la comprensión del fenómeno del primer embarazo y los embarazos repetitivos, en las adolescentes.

En diseños de investigación donde se han comparado adolescentes que no se han embarazado con las adolescentes embarazadas, la baja auto-estima, los sentimientos de incompetencia, ineficiencia, así como también la sensación de una conducta inadecuada para poder enfrentar los problemas cotidianos que la vida les plantea, es lo que sigue caracterizando a las adolescentes que se embarazan (Zongker 1977, Brown y Schiller citados por Paik, 1992).

Zongker en el año de 1977 se interesó por el estudio del auto-concepto de las adolescentes embarazadas, para su medición empleo la Escala de Auto-concepto de Tennessee diseñada por Fitts en el año de 1965, en donde los resultados que encontró en las adolescentes embarazadas de su estudio, fueron puntajes bajos en el indicador de auto-estima (total positivo), así como también en todas las subdivisiones tales como identidad, y relaciones tanto familiares como sociales, a excepción de la auto-aceptación, sin embargo, aclara que la población pobre y aislada podría estar psicológicamente más dañada por factores económicos y sociales, y en este sentido el embarazo adolescente podría no ser tan psicológicamente demandante como antes se había creído.

Robbins, otro de los autores citados por Paik en 1992, hace una descripción más precisa y sugiere en su estudio que la baja auto-estima y los sentimientos de impotencia, únicamente tienen un efecto debilitado en las adolescentes embarazadas, y solamente bajo algunas

condiciones que complican su situación particular, las adolescentes con baja auto-estima y sentimientos de impotencia tienen mayor riesgo para un embarazo fuera del matrimonio.

Paik (1992) interesado en la relación existente entre el auto-concepto y el embarazo adolescente llevo a cabo un estudio exploratorio, del que ya se han citado algunos antecedentes, con adolescentes quienes se caracterizaron por estar embarazadas por primera vez o bien que tuvieran embarazos previos y estuvieran nuevamente embarazadas, la muestra de su estudio quedo conformada por 148 adolescentes embarazadas a quienes se les aplico la Escala de Auto-concepto de Tennessee (E.A.T), los resultados más importantes que se obtuvieron de este estudio fueron; que comparadas con el grupo norma las adolescentes embarazadas tuvieron un auto-concepto más bajo, también presentaron puntajes más bajos en la mayor parte de las subescalas de la E.A.T., concretamente las adolescentes presentaron puntajes bajos en la identidad y componentes conductuales, así como en las dimensiones del yo moral, yo familiar, yo social, sumado a lo anterior y dentro de la comparación entre las mujeres adolescentes embarazadas, las adolescentes negras tuvieron un auto-concepto más alto en todas las áreas que las adolescentes blancas. Finalmente en la comparación de los puntajes obtenidos entre adolescentes primigestas y con embarazos repetidos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados sugieren que, el embarazo adolescente y el autoconcepto parecen, definitivamente, tener una asociación o relación, sin embargo, no es claro como y bajo que condiciones están relacionados estos factores, los resultados aquí presentados parecen apoyar el argumento de que las chicas adolescentes con un pobre auto-concepto, son más propensas a embarazarse que otras, argumento que esta ampliamente sugerido en la literatura sobre el tema.

En un estudio referido anteriormente (Duarte, 1996) llevado a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología se comparo el auto-concepto entre adolescentes embarazadas que al momento del embarazo contaban con una relación de pareja estable, ya sea que estuvieran casadas o unión libre, y las adolescentes que no contaban con una relación de pareja en el momento en que fueron encuestadas. Con respecto al auto-concepto se concluyo que: Los perfiles del auto-concepto en ambos grupos es muy parecido; Las adolescentes

embarazadas con y sin pareja presentaron una capacidad normal y saludable para la auto-critica, dificultad entender adecuadamente prueba y una tendencia elevada de defensa al contestarla; Aunque ambos grupos presentaron puntuaciones bajas en la escala de auto concepto, las puntuaciones de las adolescentes embarazadas sin pareja son mas bajas, al parecer por el hecho de ser solteras; En donde si se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue en las dimensiones del yo ético-moral y del yo familiar, probablemente este resultado refleja los sentimientos de culpa y una inadecuada relación familiar; No mas allá del 50% en cada grupo se presentó niveles bajos en las dimensiones de la escala de auto-concepto, siendo las adolescentes embarazadas sin pareja quienes en una mayor proporción tuvieron puntajes mas bajos, en particular en los renglones de identidad, auto satisfacción y conducta. Lo que si sugiere el estudio es que el estado de ánimo de las adolescentes embarazadas se relaciona con el auto concepto porque al comparar a las adolescentes embarazadas que tenían un estado de ánimo deprimido de las que no lo tenían en prácticamente todas las dimensiones del auto-concepto existieron diferencias estadísticamente significativas.

Las investigaciones que hasta aquí hemos referido han tenido el propósito específico de abordar ya sea uno o varios de los factores que este trabajo también se interesa en evaluar, sin embargo ninguna ha intentado esclarecer la posible existencia de una interacción entre; las calificaciones de depresión, ansiedad , y auto-concepto, bajo la doble condición del estado civil y los estilos de enfrentamiento de las adolescentes embarazadas, es por esta razón que el presente trabajo pretenderá abordar esta variables, tomando en cuenta que en las investigaciones nacionales sobre el tema realizadas con muestras de embarazadas adolescentes similares a las pacientes que acuden al INPer. Para su atención, al menos hasta donde se indago cuando fue preparado este proyecto, ninguna de ellas ha intentado abordar el problema del embarazo adolescente en nuestro país como se especifica en la metodología de esta tesis que en el siguiente capítulo se presenta.

# METODOLOGÍA

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se tomaron en cuenta 2 variables atributivas: una el estilo de enfrentamiento que utilizan las adolescentes embarazadas, y la otra contar con el apoyo de una pareja. Por esta razón planteamos dos preguntas de investigación, a saber:

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estilos de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas, en la respuesta de ansiedad, depresión, y auto-concepto?

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre las adolescentes que cuentan con el apoyo de una pareja, en la respuesta de ansiedad, depresión y auto-concepto?

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los puntajes obtenidos en las escalas de auto-concepto, de ansiedad, de depresión, difieren respecto al estilo de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas.

Los puntajes obtenidos en las escalas de auto-concepto, de ansiedad, de depresión, difieren si la adolescente cuenta, o no, con el apoyo de una pareja durante el embarazo.

### HIPÓTESIS ALTERNAS (Hi)

**(Hi 1)** Si se emplea un estilo de enfrentamiento específico, entonces hay diferencias en el auto-concepto.

**(Hi 2)** Si se emplea un estilo de enfrentamiento específico, entonces hay diferencias en la respuesta de ansiedad.

**(Hi 3)** Si se emplea un estilo de enfrentamiento específico, entonces hay diferencias en la respuesta de depresión.

**(Hi 4)** Si se cuenta con el apoyo de una pareja entonces hay diferencias en el auto-concepto.

**(Hi 5)** Si se cuenta con el apoyo de una pareja entonces hay diferencias en la respuesta de ansiedad.

**(Hi 6)** Si se cuenta con el apoyo de una pareja entonces hay diferencias en la respuesta de depresión.

### **HIPÓTESIS NULAS (Ho)**

**(Ho 1)** Si se emplea un estilo de enfrentamiento específico, entonces no hay diferencias en el auto-concepto.

**(Ho 2)** Si se emplea un estilo de enfrentamiento específico, entonces no hay diferencias en la respuesta de ansiedad.

**(Ho 3)** Si se emplea un estilo de enfrentamiento específico, entonces no hay diferencias en la respuesta de depresión.

**(Ho 4)** Si se cuenta con el apoyo de una pareja entonces no hay diferencias en el auto-concepto.

**(Ho 5)** Si se cuenta con el apoyo de una pareja entonces no hay diferencias en la respuesta de ansiedad.

**(Ho 6)** Si se cuenta con el apoyo de una pareja entonces no hay diferencias en la respuesta de depresión.

## **DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

La idea original de la presente investigación fue un diseño de investigación factorial con dos variables: la primera, el embarazo adolescente, donde se contemplan dos grupos uno a

las adolescentes embarazadas que cuenten con una pareja y otro a las que no cuentan con el apoyo de una pareja; la segunda, los estilos de enfrentamiento, que será medida a través de la escala de respuestas para afrontar sucesos importantes diseñada por Moos R. H.(1980). Se trata de un diseño cuasi-experimental y con una sola medición de las variables.

El tipo de estudio fue ex-post-facto, transversal y comparativo: ya que el momento de la observación del fenómeno es posterior a que este ha ocurrido y que ha afectado al presente; que las unidades de observación fueron captadas en un único momento de su evolución; y que se llevaron a cabo dos comparaciones una entre los estilos de enfrentamiento que utilizan las adolescentes embarazadas y la otra entre tener y no tener el apoyo de una pareja durante el embarazo.

## **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

### **EMBARAZO ADOLESCENTE**

#### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

Una adolescente embarazada se define como aquella mujer que se encuentra en una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, y cuya edad oscila entre los doce y los diecisiete años aproximadamente y cuyo ciclo menstrual se ha visto interrumpido por la implantación de un óvulo fecundado en su matriz (DesChamps, 1979 y Kably, Orozco, Mar de la Rosa, 1982).

Con respecto a la condición de que tengan el apoyo de la pareja o no, se tomó en cuenta dos dimensiones:

Sin pareja o solteras, fueron aquellas que no tuvieron una relación de pareja estable o bien que no contaron con el apoyo de ésta.

Con pareja, fueron aquellas que contaron con una relación de pareja estable y el apoyo de ésta, es decir, aquellas que al momento de la entrevista estuvieron casadas civil y/o religiosamente, o aquellas que vivían en unión libre con su pareja.

## **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Se consideró a aquellas pacientes adolescentes que se encontraban en una edad menor o igual a los 17 años, que cursaban con un embarazo, y que al momento de la entrevista se diferenciaron a las adolescentes embarazadas sin pareja, de las que tienen una pareja, de acuerdo a la definición conceptual.

## **ENFRENTAMIENTO**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

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

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Para determinar el tipo de enfrentamiento se tomó en cuenta las respuestas obtenidas en la escala de estilo de enfrentamiento de Moos (citado en Billings y Moos, 1980).

## **ANSIEDAD**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

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

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Para determinar un caso positivo de ansiedad de las adolescentes embarazadas se tomó en cuenta el puntaje obtenido en el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) tomando en cuenta los valores indicativos de acuerdo a la estandarización realizada por Morales y

González (1990) en el INPer, es decir, un valor igual o mayor a 47 para la ansiedad-rasgo y de 43 para la ansiedad-estado.

## **DEPRESIÓN**

### **DEFINICION CONCEPTUAL**

El término de depresión es usado para referir un síndrome o una serie de síntomas que ocurren regularmente y no están asociados por casualidad. De acuerdo a los criterios diagnósticos descritos en la cuarta revisión del Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV, 1996), el episodio depresivo mayor se caracteriza por “un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de animo deprimido o una perdida de interés o placer en casi todas las actividades. En niños y en adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar concentrarse o tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.... Un síntoma debe de ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de presentarse la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante” (DSM IV, 1996). Además en el manual se reconocen tres trastornos depresivos a saber: El trastorno depresivo mayor, que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores; El trastorno distémico, que se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de animo depresivo que sin el, acompañados de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor; El trastorno depresivo no especificado, este se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, un trastorno distémico, trastorno adaptativo con estado de animo depresivo o trastorno adaptativo con estado de animo ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).



## **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Para determinar un caso positivo de depresión de las adolescentes embarazadas se tomó en cuenta el puntaje obtenido en el Inventario de Automedición de la Depresión (EADM) de Zung, tomando en cuenta los valores significativos de depresión de acuerdo a la estandarización realizada por Morales y González (1993) en el INPer, es decir, un valor igual o mayor a 44.

## **AUTOCONCEPTO**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL**

“El criterio que una persona tiene de sí misma, la descripción más completa que puede dar de sí misma en un momento dado” (Fittz, 1965).

### **DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Para determinar el auto-concepto de las adolescentes embarazadas se tomó en cuenta el perfil obtenido en la Escala de Auto-concepto de Tennessee (EAT), tomando en cuenta el puntaje obtenido en cada una de las sub-escalas. (Fittz, 1965). El criterio que se empleó para determinar los puntajes bajos, normales, y elevados, fue tomando los valores propuestos en la estandarización de Morales y cols. (2001) en una muestra de mujeres mexicanas.

## **MUESTREO**

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, intencional, de la población de pacientes que acuden al INPer para su atención, quedando conformada la muestra por 213 adolescentes embarazadas 112 con pareja y 101 sin pareja, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Paciente del Instituto Nacional de Perinatología

Menores o iguales a 17 años de edad

Primigestas

Escolaridad mínima de primaria

Nacionalidad Mexicana

Que estén cursando un embarazo sin complicaciones médicas.

Que al momento de la entrevista el primer grupo se encuentren viviendo con su pareja en unión libre o matrimonio civil y/o religioso, mientras que el segundo grupo se encuentren solteras.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Embarazo producto de violación o incesto

Pacientes con problemática de tipo Psiquiátrico, retraso mental y/o de abuso de sustancias.

Un embarazo con complicaciones médicas tales como diabetes mellitus, cardiopatías, amenaza de aborto, toxemia, etc.

# **INSTRUMENTOS**

Se utilizarón la escala de respuestas para afrontar sucesos importantes de Moos R. H.(1980), el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE) de Spilenberger y Díaz, normatizado por Morales y González (1990) para la población del INPer, la Escala de Auto Medición de la Depresión (EAMD) de Zung normatizado por Morales y González (1993) y la Escala de Auto-concepto de Tennessee (EAT) de Fitts (1965), cuyas características generales a continuación se describen:

Billings y Moos (1981) construyeron una escala de medición de los estilos de enfrentamiento, la cual clasifica a las respuestas de enfrentamiento de dos formas diferentes: la primera corresponde al método utilizado para enfrentarse a la situación, que puede ser de tres tipos: 1) cognoscitivo activo, 2) conductual activo y 3) evitativo. La

segunda clasificación se basa en el enfoque que se le da al enfrentamiento y puede ser de cinco tipos, a saber: 1) análisis lógico, 2) buscar información, 3) solucionar el problema, 4) hacer una regulación afectiva y 5) efectuar una descarga emocional; los tres primeros enfocados al problema y los dos últimos a las emociones.

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

La consistencia interna de esta escala en la categoría de métodos de enfrentamiento es de 0.72 para el enfrentamiento activo-cognitivo, 0.80 para el enfrentamiento activo conductual y 0.44 para el enfrentamiento evitativo. Estos coeficientes indican que la subcategoría de las respuestas de enfrentamiento exhibe una consistencia interna moderada. La ínter correlación entre los tres métodos de enfrentamiento es relativamente baja (0.21), indicando que las categorías son relativamente independientes. La categoría de foco del enfrentamiento presenta una adecuada consistencia interna, de acuerdo con Folkman y Lazarus (1980), es de 0.81. Se presenta un grado de independencia entre el método y el foco del enfrentamiento relativamente bajo (0.25).

El IDARE, fue publicado en español por Spilberger y Díaz en 1975, es un instrumento de evaluación que cuantifica los fenómenos de ansiedad rasgo y ansiedad estado. Este instrumento cuenta con dos escalas cada una de ellas con 20 reactivos destinados a medir la ansiedad estado y la ansiedad rasgo respectivamente, en cuya redacción se utiliza la sintomatología más característica de la ansiedad y se responde de acuerdo a una escala cualitativa progresiva de cuatro opciones. La calificación se hace por medio de una plantilla que presenta los valores correspondientes a la respuesta de cada uno de los reactivos. Este instrumento ha demostrado cubrir las condiciones necesarias para ser considerado un adecuado inventario de la medición de la ansiedad ya que por su estructura contiene un buen nivel de objetividad, cumpliendo con los requisitos teóricos y

metodológicos que se exigen para que sea eficaz. Con respecto a esto se ha demostrado un buen nivel de confiabilidad y correlación con otras pruebas que miden ansiedad. Este inventario ha sido normatizado por Morales y González en 1990 con pacientes embarazadas, en el que se obtuvo como punto de corte 47 y 43 para considerar que las mujeres embarazadas presentan un nivel significativo de ansiedad rasgo y ansiedad estado respectivamente, La confiabilidad del IDARE ha sido determinada mediante un análisis de correlación test-retest. De acuerdo con lo cual, la escala de ansiedad-rasgo tiene una correlación test-retest de 0.73 a 0.86; mientras que la escala de ansiedad-estado tiene una correlación test-retest de 0.16 a 0.54, lo cual refleja que dicha escala mide el nivel de ansiedad que presenta una persona en un momento específico; es decir, indica que el nivel de ansiedad-estado está influenciado por factores situacionales. La consistencia interna del IDARE es alta, la escala de ansiedad-rasgo tiene una consistencia interna de 0.89 a 0.92 y la escala de ansiedad-estado de 0.82 a 0.92. La validez de esta prueba se ha evaluado a través de otras pruebas que miden ansiedad, como la escala de ansiedad de Tylor, con la cual el IDARE tiene una correlación de 0.86 a 0.92 (Spilberger, Gorsuch y Lushene, 1979).

Además también se han efectuado series de correlaciones del IDARE con otras escalas incluidas por supuesto las que miden ansiedad, así como con pruebas de personalidad. Las investigaciones realizadas con escalas de ansiedad obtuvieron correlaciones más altas bajo condiciones en las que hubo una amenaza de la autoestima (Hodges, Felling y Lamb, citados en Morales y González, 1990). Con respecto a las pruebas de personalidad se aplicaron el IDARE y la prueba de personalidad de Jackson, encontrándose que las calificaciones promedio ansiedad-rasgo y ansiedad-estado de personas con problemas emocionales, resultaron ser significativamente superiores a las que tenían problemas emocionales o vocacionales (Jackson, citado en Morales y González, 1990).

La EAMD mide cuantitativamente la intensidad de la depresión sin tomar en cuenta el diagnóstico, comprende diez reactivos positivos y diez reactivos negativos; en cada uno de los reactivos existe cuatro posibilidades de respuesta y estos son contestados inmediatamente a la lectura de la pregunta. Esta prueba ha demostrado una significativa correlación con otras escalas de medición de la depresión, con la escala de depresión, del

MMPI y con la escala de depresión de Beck. En el trabajo de probar confiabilidad, validez y la sensibilidad de la EAMD Zung y Brown (1972) demostraron una significativa correlación entre la escala 2 (depresión) del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) y la EAMD; en otro estudio Kerner y Jacobs relacionaron los puntajes de la escala de depresión de Beck con la escala diseñada por Zung, y encontraron que ambas escalas se asocian significativamente. En la escala de Beck no se identifican las diferencias de género pero sí de edad ocurriendo lo contrario de la EAMD. Aún y cuando existen varios hallazgos que apoyan la validez de la EAMD, en Nueva Zelanda se llevo a cabo una normatización y los autores enfatizaron la necesidad de establecer normas específicas para cada una de las poblaciones en donde se quiere aplicar la escala, a pesar de que la prueba ha demostrado una fuerte consistencia interna.

Por sus características la EAMD es frecuentemente empleada, debido a que se ha demostrado sensibilidad para diferenciar pacientes deprimidas antes y después del tratamiento, en comparación con un grupo control no deprimido (González y Morales, 1993). Es por esto que la EAMD fue también normatizada en México con una población obstétrica (González y Morales 1993). Los resultados mostraron que las pacientes eran sobre diagnosticadas al considerar las normas originales, debido a una variación de 4 puntos, en el punto de corte del instrumento. Debido a que el sentimiento de depresión se encuentra asociado a pérdidas objetales, una posible explicación del mayor grado de depresión encontrado en la población, comparado con las normas originales de la prueba, es que el embarazo o el inicio de vida reproductiva, a pesar de estar rodeado de expectativas, en la mayoría de los casos implica en el fondo un pérdida de objetos, dependencia de la familia original, comodidad, aplazamiento de la vida reproductiva, cambios en la relación de pareja, etc. También se observó que las mujeres al inicio de la vida reproductiva prefieren dedicarse al hogar, a pesar de haber logrado buenos niveles de escolaridad (González y Morales, 1993). Es por eso que esta es la escala que será utilizada en la evaluación de la depresión en nuestro estudio. En la normatización de Morales y González en 1993 con pacientes embarazadas, se obtuvo como punto de corte 44 para considerar que las mujeres embarazadas presentan un nivel significativo de depresión.

La EAT es un instrumento auto-aplicable que consiste en 100 oraciones auto-descriptivas, que la persona usa para describir la imagen que tiene de sí misma. A través de esta escala se conocen diferentes dimensiones del auto-concepto. Para ello la EAT tiene las siguientes subescalas:

La escala de autocrítica SC, se compone de 10 reactivos tomados de la escala L del MMPI todos ellos son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas y aquellas que niegan estas afirmaciones generalmente son defensivos y están haciendo un esfuerzo por presentar una imagen favorable de sí mismos.

La puntuación total también llamada puntuación total positiva, puede considerarse por sí misma como la puntuación más importante en la EAT. Esta refleja en nivel global de auto-estima. Un individuo con un puntaje total alto tiende a estar a gusto consigo mismo siente que es una persona valiosa y digna, tiene confianza en sí mismo y actúa de acuerdo con esta imagen. Una persona con puntuación total baja duda acerca de su valía, se ve a sí misma como indeseable, a menudo se siente ansiosa, deprimida e infeliz, y tiene poca confianza en sí misma.

Puntuación de las hileras y columnas, estas puntuaciones derivan del esquema 3 x 5 de hileras y columnas encontradas en la hoja de puntuación usada para la calificación del instrumento. De esta manera las puntuaciones hilera comprenden tres puntuaciones que, cuando se suman, constituyen la puntuación total, estas tres representan un marco de referencia interno dentro del cual una persona se describe a sí misma. También los reactivos varían temáticamente dentro de un marco de referencia más externo, aun dentro de la misma hilera las afirmaciones varían ampliamente en contenido, se refieren a lo que la persona es física, social, moral, personal y familiarmente. De esta manera el conjunto de reactivos fueron clasificados de acuerdo a estas nuevas categorías verticales, las cuales representan las cinco puntuaciones columna en la hoja de calificación. Cada una de estas puntuaciones evalúa una diferente dimensión del auto-concepto a saber;

Hilera 1 Identidad, la persona describe su identidad básica como la autodescribe y la autopercibe.

Hilera 2 Autosatisfacción, esta derivada de aquellos reactivos en los cuales el individuo describe cuanta satisfacción siente con la autoimagen percibida. En general esta puntuación refleja el nivel de autoaceptación.

Hilera 3 Conducta, mide la percepción de una persona de su propia conducta o la dirección en que esta funciona.

Columna A “yo físico”, presenta el punto de vista que un individuo tiene sobre su cuerpo, estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad.

Columna B “yo ético-moral”, describe el si mismo desde un marco de referencia ético-moral, examinando cualidades morales, relaciones con dios, sentimientos de ser “buena o mala” persona, y satisfacción con su religión o falta de esta.

Columna C “yo personal”, refleja la sensación de valía personal de un individuo, sentimientos de adecuación como persona y auto evaluación de la personalidad independientemente al cuerpo o su relación con otros.

Columna D “yo familiar”, refleja los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia.

Columna E “yo social”, refleja la sensación de adecuación y de dignidad en la interacción social con otra persona en general.

Puntajes de variabilidad, estos puntajes proporcionan una medida simple de la cantidad de variabilidad o inconsistencia, de una área de autopercepción a otra. Incluye tres puntuaciones a saber;

Variabilidad total (V total), representa el monto total de variabilidad para todo el registro.

Variabilidad columna (V col), este puntaje mide y resume las variaciones con respecto a las columnas.

Variabilidad hilera (V hil), es la suma de las variaciones a través de las filas.

Distribución de respuestas D, este resultado es el resumen de la manera en que la persona distribuye las respuestas a través de las cinco opciones disponibles para cada uno de los reactivos de la EAT. También se interpreta como alguna medida adicional de la auto percepción, la certeza o seguridad sobre la manera en como uno se ve a si mismo.

Hace 10 años ya existían 1350 artículos en los que se utiliza la escala de autoconcepto de Tennessee publicadas en la bibliografía de estudios de investigación de Western Psychological Services (Cruz, 1992). Esta escala ha sido adaptada a la versión castellana por Blanca María Alvares y Guido A. D. Y ha sido distribuida por el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua, México, y aunque esta escala en esa época no se disponía de datos, de normas, validez y confiabilidad en México era ampliamente utilizada porque el mismo autor de la prueba señaló que cuando se trata de muestras grandes ( $n \geq 75$ ) no se encuentran variaciones notables de la norma y los efectos de variables demográficas tales como sexo, raza, edad, educación e inteligencia. No obstante, actualmente la EAT también ha sido normatizada para la población que acude al Instituto Nacional de Perinatología (Morales y col. 2001)

## **PROCEDIMIENTO**

El presente estudio se realizó en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología dentro de uno de los consultorios de la consulta externa. Mediante los expedientes médicos de la consulta de primera vez en el área de la consulta externa del INPer. Se realizó una primera detección de las pacientes que pudieran reunir los criterios de inclusión. Después de localizar a cada una de las pacientes con la ayuda del Departamento de Trabajo Social de este Instituto y de confirmar que cubrían los criterios de inclusión se les pidió su participación voluntaria a través de una carta de consentimiento. Una vez que la paciente accedió a participar, se les pidió que contestaran una encuesta cuyo propósito era la descripción de la muestra y que contenía cuatro rubros; datos iniciales, familia, economía, y sexualidad, posteriormente se les pidió que contestaran las pruebas



psicológicas que abarca la investigación. Tanto el cuestionario como la aplicación de los tests se llevaron a cabo de manera individual y en una sola sesión.

## **TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se realizó empleando el paquete de computo de Estadística para las Ciencias Sociales SPSS versión 10, con el cual se procesaron los datos básicamente en dos sentidos; por un lado, para la descripción socio-demográfica de la muestra, y por el otro lado, para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de comparación que permitió el diseño.

# RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentan en dos partes. La primera parte describe socio-demográficamente a las adolescentes embarazadas que fueron encuestadas para esta investigación. Esta parte presenta tanto los resultados de la muestra total como de cada uno de los grupos comparados; Grupo 1 de adolescentes embarazadas que contaban con una relación de pareja estable al momento de estar embarazadas, y Grupo 2 de adolescentes embarazadas que al momento del embarazo no contaban con el apoyo de una pareja. Son cuatro los rubros que componen la descripción socio-demográfica, a saber:

- I. **Datos iniciales**, que comprende; edad, escolaridad, y semanas de gestación.
- II. **Familia**, dividido a su vez en estructura y dinámica. **La estructura** comprende: estado civil de la madre y del padre; estado civil de los padres; tipo de familia según su tamaño, integración, y aspecto ideológico; personas con quienes vive la paciente; y número de integrantes de la familia. **La dinámica** comprende: dinámica familiar; relación entre los padres; relación con la madre y con el padre.
- III. **Economía**, dividido en ingreso y vivienda. **El ingreso** comprende: número de personas que contribuyen al ingreso familiar; ingreso familiar mensual; parentesco con la persona que aporta el ingreso familiar; recibe dinero la adolescente por realizar algún trabajo. **La vivienda** comprende: tipo de vivienda; tenencia de la vivienda; tipo y uso del servicio sanitario; tipo de toma de agua; tipo de agua; zona de residencia.
- IV. **Sexualidad**, dividido en información y creencias y actitudes. **La información** comprende: riesgo y práctica del aborto; menarca; la adolescente recibió información sobre la menstruación por parte de la familia, fuera de la familia, en la escuela; la adolescente recibió información sexual en la niñez o la adolescencia; cómo es la información sobre sexualidad que recibió la adolescente; los conocimientos sobre sexualidad la adolescente los obtuvo en la familia, fuera de la familia, en la escuela, con la pareja; para la adolescente el método anticonceptivo más efectivo es; la adolescente conocía algún método anticonceptivo en su primera relación. **Las creencias y actitudes** comprenden; la adolescente habla con sinceridad y franqueza de sexualidad con su familia, con sus amigos; la adolescente ha hablado abiertamente sobre temas sexuales con su pareja; edad de la adolescente cuando tuvo su primer novio; que actividades sexuales considera la adolescente que pueden realizar los novios; edad en que la adolescente tuvo su primera relación sexual; después de cuánto tiempo de ser novios la adolescente tuvo su primera relación sexual; la razón que tuvo la adolescente para tener relaciones fue porque las necesitó afectivamente, por complacer a su novio, porque fue obligada; la primera relación que tuvo la adolescente fue; cuántas parejas sexuales ha tenido la adolescente; la adolescente mantiene relaciones amorosas con la persona que tuvo su primera relación; en la primera relación evito el embarazo la pareja, la adolescente; cual fue el método que utilizó la adolescente para evitar el embarazo en la primera relación, y en las siguientes; la adolescente usó un método anticonceptivo para evitar este embarazo; porque no utilizó un método anticonceptivo para evitar este embarazo; alguna persona cercana a la adolescente se embarazó antes de los 18 años.

En la segunda parte de la presentación de los resultados, se muestra el análisis de estadística inferencial empleado para comparar: por una parte, según el estilo de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas, tomando en cuenta la muestra total, con respecto a la respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, y depresión; por otra parte, a los grupos de estudio (adolescentes embarazadas con y sin pareja) respecto a la respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, y depresión. Debimos modificar el análisis estadístico propuesto en el momento de registrar el proyecto de esta tesis porque el número de sujetos no permitió hacer un análisis estadístico que pudiera tomar en cuenta ambas variables independientes ya que en la matriz que se formaba había celdas que quedaban vacías, por esa razón decidimos hacer el análisis por separado de las variables independientes (grupo y estilos de afrontamiento).

## PRIMERA PARTE

### DESCRIPCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

#### I DATOS INICIALES

##### EDAD

##### MUESTRA TOTAL

	Edad de la paciente	Edad de la pareja	Edad de la madre	Edad del padre
<b>N</b>	213	197	183	151
<b>Promedio</b>	15.71	19.46	40.36	43.81
<b>Desviación estándar</b>	1.21	3.44	6.52	7.61
<b>Intervalo</b>	10-17	14-36	30-68	29-74

##### POR GRUPO

		Edad de la paciente	Edad de la pareja	Edad de la madre	Edad del padre
<b>1 Con pareja</b>	<b>N</b>	112	110	91	77
	<b>Promedio</b>	15.89	20.05	41.07	44.95
	<b>Desviación estándar</b>	1.12	3.70	7.12	8.45
	<b>Intervalo</b>	13-17	15-36	30-68	33-74
<b>2 Sin pareja</b>	<b>N</b>	101	87	92	74
	<b>Promedio</b>	15.50	18.71	39.66	42.64
	<b>Desviación estándar</b>	1.27	2.92	5.83	6.46
	<b>Intervalo</b>	10-17	14-35	30-64	29-66

Para la muestra total: la edad promedio de las adolescentes embarazadas fue 15.71 +/- 1.21, de su pareja 19.46 +/- 3.44, de su madre 40.36 +/- 6.53, de su padre 43.81 +/- 7.61. Para el grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja: la edad promedio fue 15.89 +/- 1.12, pareja 20.05 +/- 3.70, madre 41.07 +/- 7.12, padre 44.95 +/- 8.45. Para el grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja la edad promedio fue 15.50 +/- 1.27, pareja 18.71 +/- 2.92, madre 39.66 +/- 5.83, padre 42.64 +/- 6.46. Las edades promedio indican que las parejas de las adolescentes son mayores que ellas por casi 4 años de edad, aunque esta diferencia es menor en el grupo 2. La diferencia en el promedio de edades también se observa en los padres en el mismo sentido, es decir, en promedio el padre es mayor que la madre y también la diferencia de edades entre los padres del grupo 2 es menor. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $F 2.577 \alpha .006$ ) al comparar la edad promedio entre las parejas de ambos grupos, por lo que podemos decir que las parejas de las adolescentes que cuentan con una pareja son significativamente mayores que las parejas de las adolescentes del grupo 2.

## ESCOLARIDAD

### MUESTRA TOTAL

	<b>Escolaridad de la paciente</b>	<b>Escolaridad pareja</b>	<b>Escolaridad de la madre</b>	<b>Escolaridad del padre</b>
<b>N</b>	213	197	203	192
<b>Promedio</b>	8.41	8.93	7.58	8.41
<b>Desviación estándar</b>	1.51	2.20	3.22	3.95
<b>Intervalo</b>	6-13	2-17	0-17	0-19

### POR GRUPO

<b>1 Con pareja</b>		<b>Escolaridad de la paciente</b>	<b>Escolaridad pareja</b>	<b>Escolaridad de la madre</b>	<b>Escolaridad del padre</b>
	<b>N</b>	112	111	107	104
<b>Promedio</b>	8.44	8.95	7.34	8.17	
<b>Desviación estándar</b>	1.54	2.30	3.18	4.11	
<b>Intervalo</b>	6-13	2-17	0-16	0-19	
<b>2 Sin pareja</b>	<b>N</b>	101	86	96	88
	<b>Promedio</b>	8.38	8.90	7.85	8.68
	<b>Desviación estándar</b>	1.49	2.07	3.27	3.75
	<b>Intervalo</b>	6-12	6-12	0-17	0-19

Los años de escolaridad promedio de la muestra total para las adolescentes embarazadas fue de 8.42 +/- 1.51, para la pareja 8.93 +/- 2.2, para la madre 7.58 +/- 3.22, para el padre 8.41 +/- 3.95. Para el grupo 1 los promedios fueron; paciente 8.44 +/- 1.54, pareja 8.95 +/- 2.30, madre 7.34 +/- 3.18, padre 8.17 +/- 4.11. Para el grupo 2 los promedios fueron; paciente 8.38 +/- 1.49, pareja 8.90 +/- 2.07, madre 7.85 +/- 3.27, padre 8.68 +/- 3.75. Estos datos indican que en promedio las adolescentes habían concluido el segundo año de la educación media básica (secundaria) y la situación de escolaridad para las parejas es prácticamente la misma dado que la diferencia en favor de las parejas es mínima. Donde se observa una diferencia de un año de escolaridad en promedio es en los padres de las adolescentes comparándolos con las madres

### SEMANAS DE GESTACIÓN

#### MUESTRA TOTAL

<b>N</b>	<b>213</b>
<b>Promedio</b>	26.17
<b>Desviación estándar</b>	6.00
<b>Intervalo</b>	12-39

#### POR GRUPO

<b>1 Con pareja</b>	<b>N</b>	<b>112</b>
	<b>Promedio</b>	25.89
	<b>Desviación estándar</b>	5.88
	<b>Intervalo</b>	13-37
<b>2 Sin pareja</b>	<b>N</b>	<b>101</b>
	<b>Promedio</b>	26.49
	<b>Desviación estándar</b>	6.15
	<b>Intervalo</b>	12-39

Las semanas de gestación promedio de la muestra total fue de 26.17 +/- 6.00, siendo el promedio para el grupo 1 de 25.89 +/- 5.88 y para el grupo 2 de 26 +/- 6.15. Lo anterior indica que las adolescentes estaban cursando el segundo trimestre del embarazo cuando fueron encuestadas.

## II FAMILIA

### ESTRUCTURA FAMILIAR

#### SITUACIÓN CIVIL ACTUAL DE LA MADRE MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>No contesto</b>	1	.5
<b>Casada o Unida</b>	126	59.2
<b>Divorciada</b>	37	17.4
<b>Fallecida</b>	9	4.2
<b>Otra respuesta</b>	40	18.8
<b>Total</b>	213	100.0

#### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
	<b>1 Con pareja</b>	<b>Casada o Unida</b>	72
	<b>Divorciada</b>	19	17.0
	<b>Fallecida</b>	2	1.8
	<b>Otra respuesta</b>	19	17.0
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contesto</b>	1	1.0
	<b>Casada o Unida</b>	54	53.5
	<b>Divorciada</b>	18	17.8
	<b>Fallecida</b>	7	6.9
	<b>Otra respuesta</b>	21	20.8
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la situación civil actual de la madre para la muestra total la proporción de madres que están casadas o unidas es de casi 6 de cada 10. Para el grupo 1 en el mismo rubro el porcentaje es de 64.3% mientras que para el grupo 2 ese porcentaje se reduce casi 10 puntos porcentuales siendo de 53.5%. El porcentaje para ambos grupos de madres divorciadas es similar 17 % grupo 1 y 17.8% grupo2. El porcentaje, entre los grupos, de madres que han fallecido varia mucho mas 1.8% grupo 1 y 6.8% grupo 2, aunque comparado con los otros rubros la frecuencia de madres fallecidas de la muestra total es baja; 9 madres fallecidas de 213 lo que equivale al 4.2% de la muestra total.

**SITUACIÓN CIVIL ACTUAL DEL PADRE  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No contesto</b>	2	.9
<b>Casado o Unido</b>	127	59.6
<b>Divorciado</b>	29	13.6
<b>Fallecido</b>	27	12.7
<b>Otra respuesta</b>	28	13.1
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>No contexto</b>	1	.9
	<b>Casado o Unido</b>	74	66.1
	<b>Divorciado</b>	13	11.6
	<b>Fallecido</b>	11	9.8
	<b>Otra respuesta</b>	13	11.6
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contexto</b>	1	1.0
	<b>Casado o Unido</b>	53	52.5
	<b>Divorciado</b>	16	15.8
	<b>Fallecido</b>	16	15.8
	<b>Otra respuesta</b>	15	14.9
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la situación civil actual del padre para la muestra total la proporción de padres que están casados o unidos es de casi 6 de cada 10. Para el grupo 1 el porcentaje en este rubro es de 66.1 % mientras que para el grupo 2 el porcentaje es menor en casi 14 puntos porcentuales, es decir 52.4 %. Llama la atención que en el grupo 2 tanto el porcentaje de padres divorciados como de padres fallecidos es de 15.8%, cifra que resulta mayor al compararla con el 11.6% de padres divorciados y 9.8 % de padres fallecidos del grupo 1.

## ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>No contesto</b>	1	.5
<b>Casados</b>	108	50.7
<b>Separados</b>	64	30.0
<b>Unión Libre</b>	21	9.9
<b>Otra respuesta</b>	19	8.9
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Casados</b>	57	50.9
	<b>Separados</b>	34	30.4
	<b>Unión Libre</b>	13	11.6
	<b>Otra respuesta</b>	8	7.1
	<b>Total</b>	112	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contesto</b>	1
<b>Casados</b>		51	50.5
<b>Separados</b>		30	29.7
<b>Unión Libre</b>		8	7.9
<b>Otra respuesta</b>		11	10.9
<b>Total</b>		101	100.0

Con respecto al estado civil de los padres en la muestra total, poco más de la mitad de los padres de las adolescentes embarazadas están casados si a esto se le suman los que están en unión libre queda una proporción de 6 de cada 10 adolescentes que sus padres tienen una relación estable. El 30% de los padres de las adolescentes en la muestra total están separados. Estas cifras se repiten en el mismo sentido para ambos grupos como lo muestra la tabla: para el grupo 1, el 62.5% de los padres están casados o en unión libre y el 30.4% están separados; para el grupo 2, el 59.4% están casados o en unión libre y el 29.7% separados.



**TIPO DE FAMILIA SEGÚN SU INTEGRACIÓN  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Integrada</b>	116	54.5
<b>Semi-integrada</b>	69	32.4
<b>Desintegrada</b>	28	13.1
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Integrada</b>	62	55.4
	<b>Semi-integrada</b>	34	30.4
	<b>Desintegrada</b>	16	14.3
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Integrada</b>	54	53.5
	<b>Semi-integrada</b>	35	34.7
	<b>Desintegrada</b>	12	11.9
	<b>Total</b>	101	100.0

Poco mas de la mitad de las familias de las adolescentes en la muestra total están integradas, el porcentaje de las familias semi integradas es de 32.4% y solamente el 13.1% de la muestra total de las adolescentes dicen que sus familias se caracterizan por estar desintegradas. Para los grupos las cifras conservan las mismas tendencias siendo estas para el grupo 1; integrada 55.4%, semi-integrada 30.4% y des integrada 14.3. Para el grupo 2 integrada 53.5%, semi-integrada 34.7 % y desintegrada 11.9 %.

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN EL TAMAÑO  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nuclear</b>	140	65.7
<b>Extensa</b>	73	34.3
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Nuclear</b>	74	66.1
	<b>Extensa</b>	38	33.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Nuclear</b>	66	65.3
	<b>Extensa</b>	35	34.7
	<b>Total</b>	101	100.0

Tomando en cuenta el tamaño de la familia en la muestra total una proporción de casi 7 de cada 10 adolescentes embarazadas se integran en una familia nuclear, el resto pertenecen a una familia extensa. Para el grupo 1 los porcentajes son: nuclear 66.1% y extensa 33.9%; para el grupo 2, nuclear 65.3% y extensa 34.7%.

**TIPO DE FAMILIA SEGÚN EL ASPECTO IDEOLÓGICO  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Moderno</b>	102	47.9
<b>Tradicional</b>	111	52.1
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Moderno</b>	54	48.2
	<b>Tradicional</b>	58	51.8
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Moderno</b>	48	47.5
	<b>Tradicional</b>	53	52.5
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto al tipo de familia según el aspecto ideológico, la muestra total prácticamente se encuentra dividida por la mitad, es decir de cada dos adolescentes una dijo pertenecer a una familia de ideología tradicional y la otra a una familia de ideología moderna. La misma tendencia de estos resultados se observan en los porcentajes obtenidos para cada uno de los grupos comparados, quedando: grupo 1 moderno 48.2%, tradicional 51.8%; para el grupo 2 moderno 47.5%, tradicional 51.8%.

## ¿CON QUIÉN VIVE LA PACIENTE?

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Padres</b>	91	42.7
<b>Suegros y pareja</b>	52	24.4
<b>Pareja</b>	34	16.0
<b>Otras personas</b>	13	6.1
<b>Padres y pareja</b>	23	10.8
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Padres</b>	10	8.9
	<b>Suegros y pareja</b>	49	43.8
	<b>Pareja</b>	32	28.6
	<b>Otras personas</b>	1	.9
	<b>Padres y pareja</b>	20	17.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Padres</b>	81	80.2
	<b>Suegros y pareja</b>	3	3.0
	<b>Pareja</b>	2	2.0
	<b>Otras personas</b>	12	11.9
	<b>Padres y pareja</b>	3	3.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Aunque en la muestra total los porcentajes indican que el 42.7% de las adolescentes vive con sus padres y el 40.4% con sus suegros y pareja o solo con la pareja, existen diferencias notables entre los grupos comparados: mientras que en el grupo 1 el 72.4% de las adolescentes viven con sus suegros y con la pareja o solamente con la pareja, en otras palabras, este resultado sugiere pensar que en general las adolescentes embarazadas con pareja se incorporan a vivir con la familia del compañero; en el grupo 2 el 80.2% de las adolescentes viven solamente con sus padres, es decir que las adolescentes que no cuentan con el apoyo de la pareja en general y de manera mas clara se quedan a vivir con su familia nuclear en una proporción de 8 de cada 10, el resto tiene otras opciones para vivir durante el embarazo que los padres.

**NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA  
MUESTRA TOTAL**

<b>N</b>	<b>213</b>
<b>Promedio</b>	4.38
<b>Desviación estándar</b>	1.71
<b>Intervalo</b>	1-8

**POR GRUPO**

<b>1 Con pareja</b>	<b>N</b>	<b>112</b>
	<b>Promedio</b>	4.29
	<b>Desviación estándar</b>	1.92
	<b>Intervalo</b>	1-8
<b>2 Sin pareja</b>	<b>N</b>	<b>101</b>
	<b>Promedio</b>	4.49
	<b>Desviación estándar</b>	1.43
	<b>Intervalo</b>	2-8

El promedio para la muestra total del número de integrantes de la familia es de 4.38+/-1.71, que prácticamente es el mismo para cada uno de los grupos de comparación (grupo 1 4.29+/-1.92 y grupo 2 4.29+/-1.92). Todos estos promedios coinciden con lo reportado por el INEGI en el censo del año 2000 en el promedio de integrantes de la familia el México.

## DINÁMICA

## DINÁMICA FAMILIAR

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Excelente</b>	36	16.9
<b>Buena</b>	120	56.3
<b>Regular</b>	55	25.8
<b>Mala</b>	2	.9
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Excelente</b>	21	18.8
	<b>Buena</b>	58	51.8
	<b>Regular</b>	32	28.6
	<b>Mala</b>	1	.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Excelente</b>	15	14.9
	<b>Buena</b>	62	61.4
	<b>Regular</b>	23	22.8
	<b>Mala</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la dinámica familiar de la muestra total se observa que el 73.2% de las adolescentes menciono que la dinámica familiar es de buena a excelente siendo mayor el porcentaje para la buena dinámica (56.3%). La dinámica de regular a mala se observo en el 26.7% de la muestra total, siendo para la mala dinámica familiar tan solo un 0.9%. Para los grupos de comparación se observo la misma tendencia en los resultados; particularmente en el grupo 1 de adolescentes con pareja existieron mas adolescentes que mencionaron una dinámica excelente 18.8% comparando el porcentaje con el grupo 2 de 14.9%, pero en el grupo 2 son menos quienes perciben una regular dinámica familiar 22.8% comparado con las del grupo 1 de 28.6%.

## RELACIÓN ENTRE LOS PADRES

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>No contesto</b>	24	11.3
<b>Armónica</b>	128	60.1
<b>Disarmonica</b>	61	28.6
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>No contesto</b>	11	9.8
	<b>Armónica</b>	69	61.6
	<b>Disarmónica</b>	32	28.6
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contesto</b>	13	12.9
	<b>Armónica</b>	59	58.4
	<b>Disarmónica</b>	29	28.7
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la relación entre sus padres, la percepción que tienen las adolescentes embarazadas de la muestra total indica que en una proporción de 10, 6 de ellas refieren que la relación entre sus padres es armónica, 3 refieren que la relación entre los padres es disarmonica y una no contestó. La misma proporción se observa para los grupos de comparación teniendo pocas variaciones en los porcentajes, de ellos la diferencia mayor se encuentra en las adolescentes del grupo 2 que no contestaron a la pregunta.

## RELACIÓN CON LA MADRE

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy buenas</b>	100	46.9
<b>Buenas</b>	71	33.3
<b>Regulares</b>	32	15.0
<b>Malas</b>	4	1.9
<b>Muy malas</b>	3	1.4
<b>Otra respuesta</b>	3	1.4
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Muy buenas</b>	53	47.3
	<b>Buenas</b>	38	33.9
	<b>Regulares</b>	16	14.3
	<b>Malas</b>	2	1.8
	<b>Muy malas</b>	2	1.8
	<b>Otra respuesta</b>	1	.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Muy buenas</b>	47	46.5
	<b>Buenas</b>	33	32.7
	<b>Regulares</b>	16	15.8
	<b>Malas</b>	2	2.0
	<b>Muy malas</b>	1	1.0
	<b>Otra respuesta</b>	2	2.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la relación con la madre las adolescentes de la muestra total en un 80.2% refieren que la relaciones de afecto con su madre son de buenas a muy buenas, quienes dicen que la relación es regular son un 15%, el 4.7% son quienes refieren una relación de mala a muy mala o dieron otra respuesta. Con respecto a los grupos de comparación se guarda la misma tendencia en la proporción de los porcentajes los cuales varían muy poco entre ambos grupos.

## RELACIÓN CON EL PADRE

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy buenas</b>	54	25.4
<b>Buenas</b>	55	25.8
<b>Regulares</b>	58	27.2
<b>Malas</b>	11	5.2
<b>Muy malas</b>	5	2.3
<b>Otra respuesta</b>	30	14.1
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Muy buenas</b>	35	31.3
	<b>Buenas</b>	31	27.7
	<b>Regulares</b>	25	22.3
	<b>Malas</b>	5	4.5
	<b>Muy malas</b>	2	1.8
	<b>Otra respuesta</b>	14	12.5
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Muy buenas</b>	19	18.8
	<b>Buenas</b>	24	23.8
	<b>Regulares</b>	33	32.7
	<b>Malas</b>	6	5.9
	<b>Muy malas</b>	3	3.0
	<b>Otra respuesta</b>	16	15.8
	<b>Total</b>	101	100.0

La percepción con respecto a la relación que tienen con el padre la muestra total es distinta de la percepción que tiene de la relación con la madre. Con respecto al padre el 51.2% de la muestra total piensa que la relación afectiva con el padre va de buena a muy buena, el 27.2% piensa que las relaciones afectivas son regulares, el 7.5% piensa que la relación es de mala a muy mala, el 14.1% restante dio una respuesta diferente a estas opciones. Con respecto a los grupos de comparación también se notan diferencias en su percepción: mientras que para el grupo 1 el 59% piensa que las relaciones son de buenas a muy buenas las adolescentes del grupo 2 piensan lo mismo solo en un 42.6%; las adolescentes que piensan que las relaciones afectivas con su padre son regulares para el grupo 1 son el 22.3% y para el grupo 2 son el 32.7%; el porcentaje para las que piensan que las relaciones son de malas a muy malas para el grupo 1 es de 6.3% y para el grupo 2 es de 8.9%; finalmente los porcentajes para las adolescentes que dieron otra respuesta para el grupo 1 es 12.5% y para el grupo 2 es 15.8%. Esto significa en otras palabras que para las adolescentes embarazadas sin pareja del grupo 2, en comparación con el grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, tuvieron un menor porcentaje en la percepción de que la relación con el padre es de buena a muy buena, mayor porcentaje tanto en la percepción de relaciones regulares como de malas a muy malas, también el porcentaje fue mayor en las adolescentes que dieron otra respuesta.



### III ECONOMÍA INGRESO

#### NÚMERO DE PERSONAS QUE CONTRIBUYEN AL INGRESO FAMILIAR MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Una</b>	104	50.0
<b>Dos</b>	79	38.0
<b>Tres</b>	12	5.8
<b>Cuatro o más</b>	13	6.3
<b>Total</b>	208	100.0

#### POR GRUPO

	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Con pareja</b>	<b>Una</b>	53	48.2
	<b>Dos</b>	41	37.3
	<b>Tres</b>	9	8.2
	<b>Cuatro o más</b>	7	6.4
	<b>Total</b>	110	100.0
<b>Sin pareja</b>	<b>Una</b>	51	52.0
	<b>Dos</b>	38	38.8
	<b>Tres</b>	3	3.1
	<b>Cuatro o más</b>	6	6.1
	<b>Total</b>	98	100.0

Con respecto al número de personas que contribuyen al ingreso familiar en la muestra total de adolescentes prácticamente 9 de cada 10 dicen que de una a dos personas contribuyen al ingreso familiar. Esta misma proporción se guarda en las grupos de comparación aunque el grupo 2 de adolescentes sin pareja el porcentaje es mayor siendo de 90.8% comparado con el grupo 2 que es de 85.5%

## INGRESO FAMILIAR MENSUAL

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menor al salario mínimo</b>	23	11.2
<b>Un salario mínimo</b>	124	60.5
<b>Dos veces el salario mínimo</b>	38	18.5
<b>Tres o mas salarios mínimos</b>	20	9.8
<b>Total</b>	205	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Menor al salario mínimo</b>	10	9.3
	<b>Un salario mínimo</b>	67	62.6
	<b>Dos veces el salario mínimo</b>	19	17.8
	<b>Tres o más salarios mínimos</b>	11	10.3
	<b>Total</b>	107	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Menor al salario mínimo</b>	13	13.3
	<b>Un salario mínimo</b>	57	58.2
	<b>Dos veces el salario mínimo</b>	19	19.4
	<b>Tres o mas salaros mínimos</b>	9	9.2
	<b>Total</b>	98	100.0

Con respecto al ingreso familiar mensual de la muestra total de adolescentes embarazadas, en una proporción de 10; en 8 el ingreso asciende de uno a dos salarios mínimos, en una el ingreso es menor y en otra el ingreso es mayor. Y aunque en los grupos de comparación la tendencia es la misma los porcentajes varían ligeramente siendo; para el grupo 1 el 80,4% las adolescentes que refieren un ingreso entre uno y dos salarios mínimos para el grupo 2 en este mismo rubro es de 77.6%, para las adolescentes del grupo 1 que refieren menor ingreso el porcentaje es de 9.3% y para el grupo 2 es de 13.3 %, por ultimo para las que refieren tres o mas salarios mínimos de ingreso familiar mensual el porcentaje para el grupo 1 es de 10.3% y para el grupo 2 es de 9.2%.

**PARENTESCO CON LA PERSONA QUE APORTA EL INGRESO FAMILIAR  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Padre</b>	70	34.0
<b>Madre</b>	54	26.2
<b>Ambos padres</b>	29	14.1
<b>Hermano</b>	4	1.9
<b>Tío</b>	5	2.4
<b>Otro</b>	44	21.4
<b>Total</b>	206	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Padre</b>	30	27.5
	<b>Madre</b>	21	19.3
	<b>Ambos padres</b>	16	14.7
	<b>Hermano</b>	3	2.8
	<b>Tío</b>	3	2.8
	<b>Otro</b>	36	33.0
	<b>Total</b>	109	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>Padre</b>	40
<b>Madre</b>		33	34.0
<b>Ambos padres</b>		13	13.4
<b>Hermano</b>		1	1.0
<b>Tío</b>		2	2.1
<b>Otro</b>		8	8.2
<b>Total</b>		97	100.0

Respecto al parentesco que las adolescentes de la muestra total tienen con la persona que aporta el ingreso familiar y juntando en un mismo rubro las opciones del padre, la madre y ambos el 74.3 % de las adolescentes dice que ellos son los que aportan el ingreso familiar, del porcentaje restante el parentesco es con el hermano, con el tío, o con otra persona cabe señalar que esta última opción representa el 21.4%. Comparando a los grupos de estudio los porcentajes en como se distribuyen estos rubros son distintos mientras que el porcentaje de madres padres o ambos del grupo 2 es de 88.6% como lo debíamos esperar por no contar con el apoyo de la pareja, para el grupo 1 en este mismo rubro es de 61.5%. Cabe aclarar que para el grupo 1 de adolescentes con pareja en la opción de otros se tiene un 33% lo que se puede esperarse ya que en la encuesta aplicada en esta opción muchas de las adolescentes se referían a la pareja o familiares de la pareja.

## ¿TE PAGAN POR ALGÚN TRABAJO?

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	17	8.0
<b>No</b>	195	92.0
<b>Total</b>	212	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	9	8.1
	<b>No</b>	102	91.9
	<b>Total</b>	111	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	8	7.9
	<b>No</b>	93	92.1
	<b>Total</b>	101	100.0

Explorando si las adolescentes embarazadas reciben dinero por realizar algún trabajo y tomando en cuenta los resultados de la muestra total podemos decir que solo 8 en 100 adolescentes reciben dinero por realizar algún trabajo, es decir que prácticamente las adolescentes cuando están embarazadas no reciben dinero por realizar algún tipo de trabajo. Esta misma tendencia se observa en ambos grupos de comparación.

## VIVIENDA

### TIPO DE VIVIENDA

#### MUESTRA TOTAL

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Casa</b>	122	57.3
<b>Departamento</b>	43	20.2
<b>Vecindad</b>	22	10.3
<b>Cuartos o dormitorio</b>	26	12.2
<b>Total</b>	213	100.0

#### POR GRUPO

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
	<b>Con pareja</b>	<b>Casa</b>	63
<b>Departamento</b>		19	17.0
<b>Vecindad</b>		16	14.3
<b>Cuartos o dormitorio</b>		14	12.5
<b>Total</b>		112	100.0
<b>Sin pareja</b>	<b>Casa</b>	59	58.4
	<b>Departamento</b>	24	23.8
	<b>Vecindad</b>	6	5.9
	<b>Cuartos o dormitorio</b>	12	11.9
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto al tipo de vivienda el porcentaje de la muestra total de adolescentes embarazadas que dice vivir en una casa o en un departamento es de 77.5%, el restante 22.5% dice vivir ya sea en una vecindad o en cuartos o dormitorios. Los porcentajes en los grupos de comparación son diferentes, en el grupo 2 sin pareja el 82.2% dicen vivir en casa o en un departamento, mientras que para el grupo 1 en las mismas opciones el porcentaje es de 73.3% de las adolescentes con pareja, para ellas mismas las opciones de vecindad y cuartos o dormitorios el porcentaje es de 26.8% con esto podríamos decir que 3 de cada 10 de este grupo están en esa situación, si comparamos este porcentaje con las del grupo 2 que es de 17.8% la diferencia es notable. Este resultado puede explicarse tomando en cuenta que las adolescentes embarazadas con pareja tienden a vivir con la pareja o con la familia de esta quizá como un paso hacia la independencia de la pareja, mientras que las adolescentes embarazadas sin pareja en general se quedan a vivir con sus padres.

## TENENCIA DE LA VIVIENDA

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Propia</b>	96	45.1
<b>Pagándose</b>	10	4.7
<b>Rentada</b>	57	26.8
<b>Prestada</b>	46	21.6
<b>Otro</b>	4	1.9
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Con pareja</b>	<b>Propia</b>	51	45.5
	<b>Pagándose</b>	2	1.8
	<b>Rentada</b>	36	32.1
	<b>Prestada</b>	20	17.9
	<b>Otro</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>Sin pareja</b>	<b>Propia</b>	45	44.6
	<b>Pagándose</b>	8	7.9
	<b>Rentada</b>	21	20.8
	<b>Prestada</b>	26	25.7
	<b>Otro</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	101	100.0

La muestra total de adolescentes dice que la tenencia de su vivienda es propia o se esta pagando en un 49.8%, el restante 50.2% la casa es prestada, rentada o dio otra respuesta, es decir que en cuanto a la tenencia de la vivienda 1 de cada 2 adolescentes tiene seguridad en cuanto al lugar en donde vive, la otra no. En los grupos de comparación la tendencia de estas cifras se mantiene con pequeñas variaciones en los porcentajes para el grupo 1 la seguridad en la vivienda (propia o pagándose) es de 47.3% mientras que para el grupo 2 es de 52.5%, y la inseguridad en la vivienda (rentada, prestada, otra respuesta) para el grupo 1 es de 52.7% y para el grupo 2 es de 47.5%.

## TIPO DE SERVICIO SANITARIO

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Baño completo</b>	144	67.6
<b>W.C.</b>	58	27.2
<b>Letrina</b>	5	2.3
<b>Fosa Séptica</b>	3	1.4
<b>Fecalismo al aire libre</b>	3	1.4
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

	Frecuencia	Porcentaje	
<b>1 Con pareja</b>	<b>Baño completo</b>	74	66.1
	<b>W.C.</b>	31	27.7
	<b>Letrina</b>	3	2.7
	<b>Fosa Séptica</b>	2	1.8
	<b>Fecalismo al aire libre</b>	2	1.8
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Baño completo</b>	70	69.3
	<b>W.C.</b>	27	26.7
	<b>Letrina</b>	2	2.0
	<b>Fosa Séptica</b>	1	1.0
	<b>Fecalismo al aire libre</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto al tipo de servicio sanitario dos terceras partes de la muestra total refieren contar con un baño completo mientras el tercio restante solo cuenta con W.C. letrina, fosa séptica, o fecalismo al aire libre. La proporción para los grupos de comparación tiene la misma tendencia siendo los porcentajes para el grupo 1 para baño completo 66.1% y para las demás opciones 34%, para el grupo 2 para baño completo 69.3 % y para las demás opciones 30.7%, quizá esa ligera diferencia que se observa en los grupos se deba a que las adolescentes con pareja inician una vida independiente de la familia de origen.

## USO DEL SERVICIO SANITARIO

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Colectivo</b>	20	9.4
<b>Familiar</b>	193	90.6
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
	<b>Con pareja</b>	<b>Colectivo</b>	11
	<b>Familiar</b>	101	90.2
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>Sin pareja</b>	<b>Colectivo</b>	9	8.9
	<b>Familiar</b>	92	91.1
	<b>Total</b>	101	100.0

Prácticamente solo una de cada 10 adolescentes de la muestra total refiere que el uso del servicio sanitario que tiene es colectivo las demás es de tipo familiar. En los grupos de comparación esta proporción también se conserva casi sin variaciones en los porcentajes.

## TIPO DE TOMA DE AGUA

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Colectivo</b>	46	21.6
<b>Familiar</b>	167	78.4
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
	<b>Con pareja</b>	<b>Colectivo</b>	23
	<b>Familiar</b>	89	79.5
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>Sin pareja</b>	<b>Colectivo</b>	23	22.8
	<b>Familiar</b>	78	77.2
	<b>Total</b>	101	100.0

El tipo de toma de agua de la muestra total de adolescentes embarazadas es colectivo en el 21.6% mientras que el 78.4% restante es de tipo familiar, en otras palabras 8 de cada 10 adolescentes cuentan con una toma de agua familiar. Para los grupos de comparación se observa la misma tendencia y proporción aunque con ligeras variaciones en los porcentajes; para el grupo 1 colectivo 20.5%, familiar 79.5% y para el grupo 2 colectivo 22.8%, familiar 77.2%.



## TIPO DE AGUA

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Potable</b>	160	75.1
<b>No potable</b>	53	24.9
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
	<b>Con pareja</b>	<b>Potable</b>	85
	<b>No potable</b>	27	24.1
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>Sin pareja</b>	<b>Potable</b>	75	74.3
	<b>No potable</b>	26	25.7
	<b>Total</b>	101	100.0

El tipo de agua que tienen las adolescentes embarazadas de la muestra total es potable en el 75.1% y no potable 24.9%. Los porcentajes para los grupos de comparación son bastante similares a los de la muestra total: para el grupo 1, potable 75.9%, no potable 24.1%; para el grupo 2, potable 74.3%, no potable 25.7%.

## ZONA DE RESIDENCIA

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Urbana</b>	194	91.9
<b>Rural</b>	14	6.6
<b>Otra respuesta</b>	3	1.4
<b>Total</b>	211	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
	<b>1 Con pareja</b>	<b>Urbana</b>	101
	<b>Rural</b>	6	5.5
	<b>Otra respuesta</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	110	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Urbana</b>	93	92.1
	<b>Rural</b>	8	7.9
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la zona de residencia, prácticamente todas las adolescentes de la muestra total viven en una zona de residencia urbana y en los grupos de comparación la misma tendencia se observa.

## IV SEXUALIDAD

### INFORMACIÓN

#### RIESGO DEL ABORTO

##### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Mucho riesgo</b>	162	76.1
<b>Riesgo</b>	26	12.2
<b>No sabe</b>	15	7.0
<b>Otra respuesta</b>	10	4.7
<b>Total</b>	213	100.0

##### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Mucho riesgo</b>	87	77.7
	<b>Riesgo</b>	13	11.6
	<b>No sabe</b>	7	6.3
	<b>Otra respuesta</b>	5	4.5
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Mucho riesgo</b>	75	74.3
	<b>Riesgo</b>	13	12.9
	<b>No sabe</b>	8	7.9
	<b>Otra respuesta</b>	5	5.0
	<b>Total</b>	101	100.0

En cuanto a la percepción que tiene las adolescentes de la muestra total con respecto a lo que implica el aborto; el 88.3% respondió que el aborto implica riesgo o mucho riesgo, el 7% no sabía que contestar y el 4.7% restante dio otra respuesta, con estas cifras podemos decir que de cada 10 adolescentes 9 dijeron que el aborto implica riesgo y mucho riesgo. En los grupos de comparación los porcentajes fueron muy similares para el grupo 1 de riesgo a mucho riesgo 89.3%, no sabe 6.3%, otra respuesta 4.5%. Para el grupo 2 de riesgo a mucho riesgo 87.2%, no sabe 7.9%, otra respuesta 5%.

## ¿PRACTICARÍAS EL ABORTO?

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	10	4.7
<b>No</b>	195	92.0
<b>Otra respuesta</b>	7	3.3
<b>Total</b>	212	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	5	4.5
	<b>No</b>	104	92.9
	<b>Otra respuesta</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	5	5.0
	<b>No</b>	91	91.0
	<b>Otra respuesta</b>	4	4.0
	<b>Total</b>	100	100.0

Cuando se les pregunto a las adolescentes de la muestra total si ellas se practicarían un aborto la mayoría contesto que no lo haría siendo el 92% quienes dieron esta respuesta, las adolescentes que respondieron que si se practicarían un aborto fueron alrededor de 5 en 100 adolescentes, el 4.7%. Los porcentajes para los grupos de comparación prácticamente no variaron, grupo 1 no 92.9% si 4.5%. Grupo 2 no 91%, si 5%.

## MENARCA

### MUESTRA TOTAL

<b>N</b>	<b>200</b>
<b>Promedio</b>	12.03
<b>Desviación estándar</b>	1.42
<b>Intervalo</b>	9-16

### POR GRUPO

<b>1 Con pareja</b>	<b>N</b>	<b>107</b>
	<b>Promedio</b>	12.06
	<b>Desviación estándar</b>	1.47
	<b>Intervalo</b>	9-16
<b>2 Sin pareja</b>	<b>N</b>	<b>93</b>
	<b>Promedio</b>	12.00
	<b>Desviación estándar</b>	1.37
	<b>Intervalo</b>	9-16

La edad promedio en años de aparición de la menarca para la muestra total fue de 12.03 +/- 1.42, para el grupo 1 fue de 12.06 +/- 1.47, y para el grupo 2 fue de 12.00 +/- 1.37, todos en un intervalo que va de los 9 hasta los 16 años de edad.

**RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LA MENSTRUACIÓN EN LA FAMILIA  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	184	86.8
<b>No</b>	27	12.7
<b>Otra respuesta</b>	1	.5
<b>Total</b>	212	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	96	85.7
	<b>No</b>	15	13.4
	<b>Otra respuesta</b>	1	.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	88	88.0
	<b>No</b>	12	12.0
	<b>Total</b>	100	100.0

El 86.8% de las adolescentes de la muestra total refiere haber recibido información sobre la menstruación en la familia y el 12.7% dice que no la recibió, es decir, esta ultima cifra nos indica que todavía de cada 10 adolescentes hay aproximadamente 1 que no ha recibido información sobre la menstruación en su familia. Los porcentajes para los grupos de comparación son similares a estos datos; para el grupo 1 si recibió información 85.7%, no 13.4%. Para el grupo 2 si 88%, no 12%.

**RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LA MENSTRUACIÓN FUERA DE LA FAMILIA**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	189	89.2
<b>No</b>	21	9.9
<b>Otra respuesta</b>	2	.9
<b>Total</b>	212	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	98	87.5
	<b>No</b>	13	11.6
	<b>Otra respuesta</b>	1	.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	91	91.0
	<b>No</b>	8	8.0
	<b>Otra respuesta</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	100	100.0

El 89.2% de las adolescentes de la muestra total refiere haber recibido información sobre la menstruación fuera de la familia y el 9.9% dice que no la recibió, es decir, esta última cifra nos indica que todavía de cada 10 adolescentes hay una que no ha recibido información sobre la menstruación fuera de su familia. Los porcentajes para los grupos de comparación son similares a estos datos; para el grupo 1 si recibió información 87.5%, no 11.6%. Para el grupo 2 si 91%, no 8%, en estos datos se nota un porcentaje ligeramente mayor de las adolescentes que si recibieron información sobre la menstruación en el grupo 2 comparadas con el grupo 1.

**RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE LA MENSTRUACIÓN EN LA ESCUELA  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	206	96.7
<b>No</b>	7	3.3
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	109	97.3
	<b>No</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	97	96.0
	<b>No</b>	4	4.0
	<b>Total</b>	101	100.0

El 96.7% de las adolescentes de la muestra total refiere haber recibido información sobre la menstruación en la escuela y el 3.3% dice que no la recibió, es decir, esta última cifra nos indica que prácticamente todas las adolescentes de la muestra total han recibido información sobre la menstruación en la escuela y aunque la cifra es alentadora no deja de llamar la atención esas casi 3 adolescentes en 100 que no reciben información en la escuela. Los porcentajes para los grupos de comparación son similares a estos datos; para el grupo 1 si recibió información 97.3%, no 2.7%. Para el grupo 2 si 96%, no 4%. Es notable que en estas preguntas sobre información de la menstruación el porcentaje de si haber recibido información fue menor en la familia después aumento cuando era fuera de la familia para terminar en el porcentaje más alto de haber recibido información en el de la escuela.

**¿RECIBISTE INFORMACIÓN SEXUAL EN TU NIÑEZ O ADOLESCENCIA?  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	171	80.3
<b>No</b>	37	17.4
<b>Otra respuesta</b>	5	2.3
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	83	74.1
	<b>No</b>	26	23.2
	<b>Otra respuesta</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	88	87.1
	<b>No</b>	11	10.9
	<b>Otra respuesta</b>	2	2.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Con respecto a la pregunta de haber recibido información sexual en la infancia o adolescencia el 80.3% de la muestra total dice si haber recibido esa información y el 17.4% dice no haberla recibido, es decir, que casi 2 de cada 10 adolescentes de la muestra total dicen no haber recibido información sexual en su infancia o en su adolescencia. Los porcentajes de los grupos de comparación difieren, para el grupo 1 si recibió información 74.1%, no recibió información 23.2%. Para el grupo 2 si recibió información 87.1%, no recibió información 10.9%, estas cifras nos sugieren pensar que las adolescentes embarazadas con pareja tuvieron un menor porcentaje de las que si recibieron información y un mayor porcentaje de las que no recibieron información comparándolas con los porcentajes del grupo 2

## ¿CÓMO ES LA INFORMACIÓN QUE TIENES SOBRE SEXUALIDAD?

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy buena</b>	22	10.4
<b>Buena</b>	112	52.8
<b>Insuficiente</b>	66	31.1
<b>Mala</b>	6	2.8
<b>Muy mala</b>	1	.5
<b>Otra respuesta</b>	5	2.4
<b>Total</b>	212	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Muy buena</b>	14	12.6
	<b>Buena</b>	61	55.0
	<b>Insuficiente</b>	31	27.9
	<b>Mala</b>	2	1.8
	<b>Muy mala</b>	1	.9
	<b>Otra respuesta</b>	2	1.8
	<b>Total</b>	111	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Muy buena</b>	8	7.9
	<b>Buena</b>	51	50.5
	<b>Insuficiente</b>	35	34.7
	<b>Mala</b>	4	4.0
	<b>Otra respuesta</b>	3	3.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Al preguntarles cómo evaluaban la información que tienen sobre la sexualidad el 63.2% de la muestra total la evaluó de buena a muy buena, el 31.1% la evaluó como insuficiente, y 5.7% restante como mala, muy mala o dio otra respuesta. Los grupos de comparación evaluaron la información de la siguiente manera; grupo 1 de buena a muy buena 67.6%, insuficiente 27.9% y el 4.5% restante entre mala, muy mala o dieron otra respuesta, el grupo 2 de buena a muy buena 58.4%, insuficiente 34.7%, y el 7% restante como mala o dieron otra respuesta. Estas últimas cifras sugieren pensar que, comparadas con el grupo 1, las adolescentes embarazadas sin pareja evaluaron en un porcentaje menor la información de buena a muy buena y en un porcentaje mayor la información insuficiente.



**¿OBTUVISTE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD EN TU FAMILIA?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	123	57.7
<b>No</b>	85	39.9
<b>Otra respuesta</b>	5	2.3
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	61	54.5
	<b>No</b>	49	43.8
	<b>Otra respuesta</b>	2	1.8
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	62	61.4
	<b>No</b>	36	35.6
	<b>Otra respuesta</b>	3	3.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Al evaluar las fuentes de en donde reciben la información sexual las adolescentes embarazadas encontramos, en la muestra total, que el 57.7% dice haber obtenido los conocimientos de sexualidad en su familia, en otras palabras aproximadamente 6 de cada 10 adolescentes embarazadas su fuente de información sexual ha sido la familia. Los porcentajes obtenidos en los grupos de comparación indican que mientras en el grupo 2 sin pareja la proporción descrita se mantiene (si 61.4%, no 35.6%), en el grupo 1 con pareja la proporción prácticamente cambia a 1 de cada 2 adolescentes quienes han recibido información sexual de su familia (si 54.5%, no 43.8%)

**¿OBTUVISTE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD FUERA DE TU FAMILIA?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	159	75.0
<b>No</b>	52	24.5
<b>Otra respuesta</b>	1	.5
<b>Total</b>	212	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	82	73.9
	<b>No</b>	28	25.2
	<b>Otra respuesta</b>	1	.9
	<b>Total</b>	111	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	77	76.2
	<b>No</b>	24	23.8
	<b>Total</b>	101	100.0

Cuando les pedimos a las adolescentes de la muestra total que nos informaran si los conocimientos de sexualidad los habían obtenido fuera de la familia la proporción fue de 3 de cada 4 quienes contestaron afirmativamente a la pregunta (si 75%, no 24.5%), este resultado nos sugiere que comparada con la fuente de información familiar las adolescentes están obteniendo en mayor porcentaje información sobre la sexualidad fuera de su familia. Para los grupos de comparación la proporción prácticamente no varía, siendo los porcentajes para el grupo 1 si 73.9%, no 25.2% y para el grupo 2 si 76.2%, no 23.8%.

**¿OBTUVISTE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD EN LA ESCUELA?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	186	87.7
<b>No</b>	23	10.8
<b>Otra respuesta</b>	3	1.4
<b>Total</b>	212	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	97	86.6
	<b>No</b>	12	10.7
	<b>Otra respuesta</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	89	89.0
	<b>No</b>	11	11.0
	<b>Total</b>	100	100.0

Incluimos la escuela como fuente de información a cerca de la sexualidad, en esta pregunta, comparándola con las anteriores fuentes de información, la proporción de adolescentes de la muestra total se eleva a casi 9 de cada 10 que dicen haber obtenido información sobre sexualidad en su escuela, es decir, que agrupadas jerárquicamente las fuentes de información encuestadas con respecto al mayor porcentaje de cobertura de información sobre la sexualidad en adolescentes embarazadas el primer lugar lo lleva la escuela, luego la información que es adquirida fuera de la familia y por ultimo la familia. Los porcentajes para los grupos de comparación indican la misma tendencia en la proporción siendo estos para el grupo 1 si 86.6%, no 10.7% y para el grupo 2 si 89%, no 11%.

### ¿OBTUVISTE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD CON TU PAREJA?

#### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	127	59.9
<b>No</b>	82	38.7
<b>Otra respuesta</b>	3	1.4
<b>Total</b>	212	100.0

#### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	78	69.6
	<b>No</b>	32	28.6
	<b>Otra respuesta</b>	2	1.8
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	49	49.0
	<b>No</b>	50	50.0
	<b>Otra respuesta</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	100	100.0

Al explorar las fuentes de información sobre sexualidad en adolescentes embarazadas incluimos también como fuente de información a la pareja sexual y curiosamente aunque el porcentaje es menor con respecto a la escuela o a la información recibida fuera de la familia, el porcentaje de las adolescentes que dijeron si haber recibido información por parte de la pareja de la muestra total fue mayor comparada con la familia estableciéndose una proporción de 6 de cada 10 que dijeron haber recibido información sexual por parte de la pareja. En lo particular de los grupos de comparación y como era de esperarse, las adolescentes embarazadas del grupo 1 muestran una proporción de 7 de cada 10 que dicen haber recibido información por parte de la pareja (si 69.6%, no 28.6%) mientras que para las adolescentes del grupo 2 la proporción se reduce a 1 de cada 2 que dicen haber recibido información por parte de la pareja (si 49%, no 50%).

**¿PARA TÍ EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS EFECTIVO ES...?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Pastillas</b>	23	10.8
<b>Condón</b>	35	16.4
<b>DIU</b>	49	23.0
<b>Diafragma</b>	3	1.4
<b>Métodos naturales</b>	7	3.3
<b>Coito interrumpido</b>	1	.5
<b>No sabe</b>	77	36.2
<b>Otra respuesta</b>	18	8.5
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Pastillas</b>	15	13.4
	<b>Condón</b>	12	10.7
	<b>DIU</b>	31	27.7
	<b>Diafragma</b>	1	.9
	<b>Métodos naturales</b>	3	2.7
	<b>Coito interrumpido</b>	1	.9
	<b>No sabe</b>	38	33.9
	<b>Otra respuesta</b>	11	9.8
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Pastillas</b>	8	7.9
	<b>Condón</b>	23	22.8
	<b>DIU</b>	18	17.8
	<b>Diafragma</b>	2	2.0
	<b>Métodos naturales</b>	4	4.0
	<b>No sabe</b>	39	38.6
	<b>Otra respuesta</b>	7	6.9
	<b>Total</b>	101	100.0

Se exploró en la parte de información acerca del conocimiento de métodos anticonceptivos incluyendo en las posibles respuestas métodos tanto efectivos como no efectivos, los resultados indicaron que prácticamente la mitad de las adolescentes embarazadas de la muestra total podía mencionar algún método efectivo (pastillas, condón, DIU, diafragma) y la otra mitad menciona métodos poco efectivos como los naturales, el coito interrumpido, o no sabe mencionar alguno, o bien dio otro tipo de respuesta, lo cual implica que por cada dos adolescentes embarazadas una de ella refiere correctamente algún método anticonceptivo efectivo y la otra no. Los grupos de comparación mas o menos guardaban en sus resultados la misma proporción en el grupo 1 el 52.7% menciona métodos efectivos (pastillas, condón, DIU, diafragma) para el grupo 2 el 50.5% también menciona métodos efectivos.

**¿CONOCÍAS ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN TU PRIMERA RELACIÓN?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	167	78.4
<b>No</b>	45	21.1
<b>Otra respuesta</b>	1	.5
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	90	80.4
	<b>No</b>	22	19.6
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	77	76.2
	<b>No</b>	23	22.8
	<b>Otra respuesta</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Les preguntamos a las adolescentes embarazadas de la muestra total si conocían algún método anticonceptivo en su primera relación y en una proporción de cerca de 8 de cada 10 adolescentes embarazadas nos dijeron que en la primera relación sexual conocían algún método anticonceptivo, esta respuesta comprende tanto a los métodos anticonceptivos efectivos como a los no efectivos. Los grupos de comparación aproximadamente guardaron la misma proporción siendo para el grupo 1 si 80.4%, no 19.6% y para el grupo 2 si 76.2%, no 22.8%.

## CREENCIAS Y ACTITUDES

**¿HABLAS CON SINCERIDAD Y FRANQUEZA DE SEXUALIDAD CON TU FAMILIA?**

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Con frecuencia</b>	30	14.1
<b>Algunas veces</b>	66	31.0
<b>Pocas veces</b>	53	24.9
<b>No habla</b>	61	28.6
<b>Otra respuesta</b>	3	1.4
<b>Total</b>	213	100.0

### POR GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Con frecuencia</b>	16	14.3
	<b>Algunas veces</b>	35	31.3
	<b>Pocas veces</b>	22	19.6
	<b>No habla</b>	36	32.1
	<b>Otra respuesta</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Con frecuencia</b>	14	13.9
	<b>Algunas veces</b>	31	30.7
	<b>Pocas veces</b>	31	30.7
	<b>No habla</b>	25	24.8
	<b>Total</b>	101	100.0

Nos dimos a la tarea de explorar la actitud de hablar con sinceridad y franqueza de sexualidad con la familia y encontramos en las respuestas de la muestra total que un poco más de la mitad de ellas (55.9%) afirmaba hablar con su familia sobre sexualidad con sinceridad y franqueza pocas o algunas veces. Para presentar con mayor claridad los resultados de esta tabla, diremos que de cada 10 adolescentes de la muestra total; una habla con frecuencia, 5 hablan poco o algunas veces, 3 no hablan con sus familiares y 1 da otro tipo de respuesta. En el caso de los grupos de comparación el grupo 1 de adolescentes con pareja presentaron un porcentaje mayor de no hablar con los familiares (32.1%) y menor de hablar poco o algunas veces con los familiares (50.9%) en comparación con las adolescentes embarazadas sin pareja, cuyos porcentajes en los mismos rubros fueron; no habla 24.8%, de pocas a algunas veces 61.4%.

**¿HABLAS CON SINCERIDAD Y FRANQUEZA DE SEXUALIDAD CON TUS AMIGOS?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Con frecuencia</b>	16	7.5
<b>Algunas veces</b>	51	23.9
<b>Pocas veces</b>	63	29.6
<b>No habla</b>	82	38.5
<b>Otra respuesta</b>	1	.5
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Con frecuencia</b>	7	6.3
	<b>Algunas veces</b>	27	24.1
	<b>Pocas veces</b>	31	27.7
	<b>No habla</b>	47	42.0
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Con frecuencia</b>	9	8.9
	<b>Algunas veces</b>	24	23.8
	<b>Pocas veces</b>	32	31.7
	<b>No habla</b>	35	34.7
	<b>Otra respuesta</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	101	100.0

También exploramos la actitud de hablar con sinceridad y franqueza sobre la sexualidad con los amigos, aquí los resultados para la muestra total indicaron que de cada 10 adolescentes embarazadas; una lo hace con frecuencia, 5 de ellas hablan con sus amigos poco o algunas veces, 4 no lo hacen. En los grupos de comparación, también en este reactivo se conservo la tendencia de que las adolescentes del grupo 1 con pareja tienen un porcentaje mayor de no hablar con los amigos (42.0%) y menor de hablar poco o algunas veces con los amigos (51.8%) comparadas con las adolescentes embarazadas del grupo 2, quienes en los mismos rubros tuvieron; no habla con los amigos 34.7%, habla de poco a algunas veces 55.5%.

**¿HAS HABLADO ABIERTAMENTE CON TU PAREJA SOBRE TEMAS SEXUALES?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No contestó</b>	1	.5
<b>Con frecuencia</b>	60	28.2
<b>Algunas veces</b>	68	31.9
<b>Pocas veces</b>	47	22.1
<b>No habla</b>	28	13.1
<b>Otra respuesta</b>	9	4.2
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Con frecuencia</b>	42	37.5
	<b>Algunas veces</b>	42	37.5
	<b>Pocas veces</b>	22	19.6
	<b>No habla</b>	4	3.6
	<b>Otra respuesta</b>	2	1.8
	<b>Total</b>	112	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contestó</b>	1
<b>Con frecuencia</b>		18	17.8
<b>Algunas veces</b>		26	25.7
<b>Pocas veces</b>		25	24.8
<b>No habla</b>		24	23.8
<b>Otra respuesta</b>		7	6.9
<b>Total</b>		101	100.0

Incluimos la misma pregunta en el terreno de la pareja y la proporción aproximada obtenida en cada 10 adolescentes embarazadas de la muestra total fue la siguiente; 3 hablan con frecuencia, 5 hablan algunas veces o pocas veces, y de las 2 restantes 1 no habla y la otra dio otro tipo de respuesta. En los grupos de comparación las adolescentes embarazadas del grupo 1, las que tienen pareja, en comparación con el grupo 2 de las que no tienen pareja; hablan más frecuentemente con su pareja (37.5%), también hablan mas de pocas veces a algunas veces (57.1), y tienen un menor porcentaje de no hablar con la pareja (3.6%) como era de esperarse. Los porcentajes para el grupo 2 quedaron de la siguiente manera; habla con frecuencia 17.8%, habla de pocas a algunas veces 50.5% y no habla con la pareja 23.8%.



## ¿A QUÉ EDAD TUVISTE TU PRIMER NOVIO?

### MUESTRA TOTAL

<b>N</b>	<b>213</b>
<b>Promedio</b>	12.74
<b>Desviación estándar</b>	1.18
<b>Intervalo</b>	11-15

### POR GRUPO

	<b>N</b>	<b>112</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Promedio</b>	12.78
	<b>Desviación estándar</b>	1.23
	<b>Intervalo</b>	11-15
	<b>N</b>	<b>101</b>
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Promedio</b>	12.69
	<b>Desviación estándar</b>	1.13
	<b>Intervalo</b>	11-15
	<b>N</b>	<b>101</b>

Preguntamos a las pacientes la edad que tenían cuando tuvieron su primer novio, el promedio para la muestra total fue de 12.74 +/- 1.18 en un intervalo de 11 a 15 años, ello quiere decir que las adolescentes que se embarazaron iniciaron una relación de noviazgo poco antes de cumplir los 13 años de edad en promedio, de hecho el 74.2% de las adolescentes embarazadas de la muestra total tuvieron su primer novio antes de cumplir 14 años y que de manera aproximada coincide con la época en que las adolescentes cursan los años escolares de la educación media básica. El promedio para los grupos de comparación prácticamente es el mismo grupo 1 12.78 +/- 1.23 y grupo 2 12.69 +/-1.13, con el mismo intervalo de edad.

**¿QUÉ ACTIVIDADES SEXUALES CONSIDERAS QUE PUEDEN REALIZAR LOS NOVIOS?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Cualquiera incluyendo el coito</b>	39	18.7
<b>Cualquiera sin coito</b>	31	14.8
<b>Algunos juegos sexuales</b>	47	22.5
<b>Ninguna actividad sexual</b>	70	33.5
<b>Otra respuesta</b>	22	10.5
<b>Total</b>	209	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Cualquiera incluyendo el coito</b>	20	18.0
	<b>Cualquiera sin coito</b>	16	14.4
	<b>Algunos juegos sexuales</b>	25	22.5
	<b>Ninguna actividad sexual</b>	40	36.0
	<b>Otra respuesta</b>	10	9.0
	<b>Total</b>	111	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Cualquiera incluyendo el coito</b>	19	19.4
	<b>Cualquiera sin coito</b>	15	15.3
	<b>Algunos juegos sexuales</b>	22	22.4
	<b>Ninguna actividad sexual</b>	30	30.6
	<b>Otra respuesta</b>	12	12.2
	<b>Total</b>	98	100.0

Exploramos el tipo de actividades sexuales que las adolescentes consideran pueden realizar los novios encontrando en la muestra total que en una proporción de 10 adolescentes embarazadas 2 piensan que las actividades sexuales de los novios debe incluir el coito, 4 solo piensan en algunos juegos sexuales o cualquier juego sexual pero sin incluir el coito, 3 piensan que los novios no deben tener ninguna actividad sexual y una mas dio otro tipo de respuesta. Independientemente del tipo de respuesta que dieron las adolescentes llama la atención en estos resultados que a pesar de que todas las adolescentes entrevistadas estaban embarazadas solamente 2 de cada 10 adolescentes contemplaban desde el inicio de su noviazgo las relaciones sexuales. Los porcentajes en los grupos de comparación son similares mostrando la misma proporción, para el grupo 1; incluyendo el coito 18.0%, algunos juegos sexuales o cualquiera sin coito 36.9%, ninguna actividad sexual 36.0%. Para el grupo 2; incluyendo el coito 19.4%, algunos juegos sexuales o cualquiera sin coito 37.7%, ninguna actividad sexual 30.6%.

## ¿A QUÉ EDAD TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

### MUESTRA TOTAL

<b>N</b>	<b>213</b>
<b>Promedio</b>	14.82
<b>Desviación estándar</b>	1.13
<b>Intervalo</b>	12-17

### POR GRUPO

	<b>N</b>	<b>112</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Promedio</b>	14.82
	<b>Desviación estándar</b>	1.23
	<b>Intervalo</b>	12-17
	<b>N</b>	<b>101</b>
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Promedio</b>	14.81
	<b>Desviación estándar</b>	1.02
	<b>Intervalo</b>	12-17
	<b>N</b>	<b>101</b>

Preguntamos la edad en que habían tenido su primera relación sexual a lo que en la muestra total obtuvimos un promedio de edad 14.82 +/- 1.13 en un intervalo de 12 a 17 años, es decir, que tomando en consideración este resultado y comparándolo con la edad promedio que tenían cuando tuvieron su primer novio podemos pensar que en promedio aproximadamente dos años después de haber tenido su primer novio las adolescentes están iniciando su vida sexual activa. Los promedios para los grupos de comparación prácticamente son los mismos, para el grupo 1 14.82 +/- 1.23 y para el grupo 2 14.81 +/- 1.02 con el mismo intervalo. Cabe anotar que una diferencia entre los grupos que nos llamó la atención fue el porcentaje de pacientes que habían tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 16 años; para el grupo 1 fue el 64.35% y para el grupo 2 fue el 77.3%. El porcentaje en la muestra total fue de 70.4%.

**¿DESPUÉS DE CUÁNTO TIEMPO DE SER NOVIOS TUVISTE LA PRIMERA RELACIÓN?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Antes de los 7 días</b>	6	2.8
<b>Después de los 7 días</b>	4	1.9
<b>Antes del mes</b>	3	1.4
<b>Después del mes</b>	25	11.7
<b>Antes del año</b>	92	43.2
<b>Después del año</b>	82	38.5
<b>No se especifico</b>	1	.5
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Después de los 7 días</b>	3	2.7
	<b>Antes del mes</b>	3	2.7
	<b>Después del mes</b>	15	13.4
	<b>Antes del año</b>	42	37.5
	<b>Después del año</b>	48	42.9
	<b>No se especifico</b>	1	.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Antes de los 7 días</b>	6	5.9
	<b>Después de los 7 días</b>	1	1.0
	<b>Después del mes</b>	10	9.9
	<b>Antes del año</b>	50	49.5
	<b>Después del año</b>	34	33.7
	<b>Total</b>	101	100.0

Les pedimos a las adolescentes que nos precisaran después de cuanto tiempo de ser novios tuvieron la primera relación sexual, en la muestra total la proporción por cada 10 adolescentes embarazadas fue que 6 de ellas tuvieron la primera relación sexual antes de cumplir el primer año (de estas 6 una tuvo su primera relación dentro del primer mes y las 5 restantes después del primer mes y antes de cumplir un año), las cuatro restantes después de haber cumplido un año de noviazgo. Los porcentajes en los grupos de comparación varían; para el grupo 1 el 56.3 % de las adolescentes tuvo su primera relación antes de cumplir el primer año de noviazgo, mientras que para el grupo 2 fue el 66.3 %.

**MOTIVO POR EL CUAL TUVISTE RELACIONES SEXUALES  
MUESTRA TOTAL**

	Porque las necesitaste afectivamente		Por complacer a tu novio		Porque fuiste obligada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Si</b>	67	31.6	33	15.6	5	2.3
<b>No</b>	144	67.9	179	84.4	208	97.7
<b>No se especifico</b>	1	.5	0	0	0	0
<b>Total</b>	212	100.0	212	100	213	100

**POR GRUPO**

		Porque las necesitaste afectivamente		Por complacer a tu novio		Porque fuiste obligada	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	44	39.6	15	13.4	3	2.7
	<b>No</b>	66	59.5	97	86.6	109	97.3
	<b>No se especifico</b>	1	.9	0	0.0	0	0.0
	<b>Total</b>	111	100.0	112	100.0	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	23	22.8	18	18.0	2	2.0
	<b>No</b>	78	77.2	82	82.0	99	98.0
	<b>Total</b>	101	100.0	100	100.0	101	100.0

Les preguntamos a las adolescentes embarazadas de la muestra total tres de las principales razones por las que en general se piensa que una adolescente inicia vida sexual: Primero, si las tuvieron porque sentían que las necesitaban afectivamente a lo cual respondieron de cada 10, 3 que si 7 que no; En segundo lugar, les preguntamos que si la razón que tuvieron fue porque querían complacer a su novio, a lo que la mayoría, el 84.4%, de las adolescentes embarazadas respondieron que no; Finalmente, en tercer lugar, les preguntamos si la razón había sido porque fueron obligadas a lo que el 97.7% respondió que no, de tal suerte que este conjunto de preguntas y respuestas nos lleva a pensar que aunque no sabemos con certeza porque tuvieron relaciones sexuales si podemos decir que no las tuvieron ni porque las necesitaran afectivamente, ni porque quisieran complacer la petición del novio y mucho menos porque fueran obligadas. De los grupos de comparación solamente señalaremos que en la primera razón, de tener relaciones porque las necesitaron afectivamente. Podemos decir que: Mientras que para el grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja la proporción en cada 10 es que 4 dicen que tuvieron las relaciones porque si las necesitaban afectivamente, para el grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja solamente 2 de cada 10 adolescentes dicen que si las necesitaban afectivamente, los resultados en las otras dos razones son similares para ambos grupos.

## LA PRIMERA RELACIÓN FUE ...

### MUESTRA TOTAL

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Muy agradable</b>	70	32.9
<b>Agradable</b>	97	45.5
<b>Indiferente</b>	25	11.7
<b>Desagradable</b>	15	7.0
<b>Muy desagradable</b>	6	2.8
<b>Total</b>	213	100.0

### GRUPO

		Frecuencia	Porcentaje
<b>1 Con pareja</b>	<b>Muy agradable</b>	39	34.8
	<b>Agradable</b>	55	49.1
	<b>Indiferente</b>	8	7.1
	<b>Desagradable</b>	7	6.3
	<b>Muy desagradable</b>	3	2.7
	<b>Total</b>	112	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>Muy agradable</b>	31
<b>Agradable</b>		42	41.6
<b>Indiferente</b>		17	16.8
<b>Desagradable</b>		8	7.9
<b>Muy desagradable</b>		3	3.0
<b>Total</b>		101	100.0

Tratamos de indagar más sobre la sensación que tuvieron en la primera relación sexual. Los resultados para la muestra total indican que prácticamente 8 de cada 10 adolescentes embarazadas dijeron que la primera relación fue de agradable a muy agradable, una más dijo que la experiencia le fue indiferente y la otra dijo que fue de desagradable a muy desagradable. Estos resultados nos indican que en general al inicio de la vida sexual de las adolescentes embarazadas tienen una actitud de aceptación de la práctica sexual porque su experiencia en el primer contacto incluye sensaciones que van de agradables a muy agradables. Con respecto a los grupos de comparación puede resaltarse que con respecto al grupo 2, el grupo 1 tuvo un porcentaje más elevado en las opciones de agradable a muy agradable 83.9% (en el grupo 2 fue de 72.3%) y menor en la opción de indiferente 7.1% (para el grupo 2 fue de 16.8%), las opciones de desagradable a muy desagradable son similares para ambos grupos, 9.0% para el grupo 1 y 10.9% para el grupo 2.

**¿CUÁNTAS PAREJAS SEXUALES HAS TENIDO?  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1</b>	189	88.7
<b>2</b>	19	8.9
<b>3</b>	2	.9
<b>4</b>	1	.5
<b>7</b>	1	.5
<b>9</b>	1	.5
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>1</b>	99	88.4
	<b>2</b>	10	8.9
	<b>3</b>	1	.9
	<b>4</b>	1	.9
	<b>9</b>	1	.9
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>1</b>	90	89.1
	<b>2</b>	9	8.9
	<b>3</b>	1	1.0
	<b>7</b>	1	1.0
	<b>Total</b>	101	100.0

Preguntamos por el número de parejas sexuales que habían tenido las adolescentes embarazadas, para la muestra total la mayoría, el 88.7%, dijo haber tenido solo una pareja sexual, del 11.3% restante se presentaron casos de 2 y hasta 9 parejas sexuales. Los resultados para los grupos de comparación fueron: para el grupo 1 en 88.4% dijo haber tenido una pareja sexual y del 12.6% restante tuvieron entre 2 y hasta 9 parejas sexuales; para el grupo 2 el 89.1% dijo haber tenido una pareja sexual y del 10.9% restante tuvieron de 2 a 7 parejas sexuales.

**¿MANTIENES RELACIONES AMOROSAS CON LA PERSONA QUE TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	123	57.7
<b>No</b>	90	42.3
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	95	84.8
	<b>No</b>	17	15.2
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	28	27.7
	<b>No</b>	73	72.3
	<b>Total</b>	101	100.0

Les preguntamos a las adolescentes embarazadas que si aun mantenían relaciones amorosas con la persona que tuvieron su primera relación sexual a lo que en la muestra total en una proporción de cada 10 adolescentes embarazadas, 6 dijeron que si y 4 que no. No obstante este resultado en la proporción debemos tomar en cuenta que la muestra total esta conformada prácticamente por la mitad de adolescentes que contaban con el apoyo de su pareja al momento de la encuesta, por lo que en esta pregunta en particular habrá que tomar en cuenta las diferencias observadas en los grupos de comparación donde la diferencia es evidente como era de esperarse: para el grupo 1 el 84.8% dijo mantener relaciones amorosas con la persona que tuvieron su primera relación y el 15.2% dijo que no, mientras que para el grupo 2 el 27.7% dijo mantener relaciones amorosas con la persona con quien tuvieron su primera relación y el 72.3% dijo que no.



**EVITÓ EL EMBARAZO EN LA PRIMERA RELACIÓN  
MUESTRA TOTAL**

	La pareja		La adolescente	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje
<b>Si</b>	118	55.7	107	50.2
<b>No</b>	94	44.3	106	49.8
<b>Total</b>	212	100.0	213	100.0

**POR GRUPO**

		La pareja		La adolescente	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1 Con pareja	Si	63	56.3	53	47.3
	No	49	43.8	59	52.7
	Total	112	100.0	112	100.0
2 Sin pareja	Si	55	55.0	54	53.5
	No	45	45.0	47	46.5
	Total	100	100.0	101	100.0

Preguntamos de la actitud acerca de evitar el embarazo en la primera relación. Encontramos en la muestra total que el porcentaje de evitar el embarazo en la primera relación tanto para las adolescentes como para sus parejas es prácticamente uno de cada dos, siendo ligeramente mayor el porcentaje para las parejas, en concreto los porcentajes para las parejas fue; si evito 55.7%, no evito 44.3%; para las adolescentes los porcentajes fueron, si evito 50.2%, no evito 49.8%. En cuanto a los grupos de comparación se sigue observando que las parejas tienen un porcentaje mayor de evitar el embarazo comparado con el de las adolescentes, y entre ellas las adolescentes con pareja tuvieron el porcentaje menor de evitar el embarazo(47.3%), sin embargo aun y cuando se observan estos porcentajes no se puede sostener que sean estadísticamente diferentes, por lo que podemos decir que aproximadamente la mitad de las adolescentes embarazadas evitan el embarazo en la primera relación, y de sus parejas una de cada dos lo hace.

**EL MÉTODO QUE UTILIZASTE PARA EVITAR EL EMBARAZO EN LA PRIMERA VEZ FUE...**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Condón</b>	51	24.2
<b>Pastillas</b>	5	2.4
<b>Coito interrumpido</b>	17	8.1
<b>Ritmo</b>	22	10.4
<b>No utilizo</b>	116	55.0
<b>Total</b>	211	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Condón</b>	24	21.4
	<b>Pastillas</b>	4	3.6
	<b>Coito interrumpido</b>	8	7.1
	<b>Ritmo</b>	15	13.4
	<b>No utilizo</b>	61	54.5
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Condón</b>	27	27.3
	<b>Pastillas</b>	1	1.0
	<b>Coito interrumpido</b>	9	9.1
	<b>Ritmo</b>	7	7.1
	<b>No utilizo</b>	55	55.6
	<b>Total</b>	99	100.0

Siguiendo con la exploración de la actitud ante la práctica sexual, les preguntamos cual fue el método anticonceptivo que utilizaron para evitar el embarazo y los resultados de la muestra total mostraron que aproximadamente de cada 10 adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 6 de ellas emplearon métodos seguros como las pastillas y el condón y 4 métodos inseguros como el coito interrumpido y el ritmo, en este resultado habrá que recordar que en muestra total solo una de cada dos adolescentes embarazadas empleo algún método anticonceptivo sin distinguir si el método es o no seguro. En los grupos de comparación y solamente tomando en cuenta las adolescentes que mencionaron haber utilizado un método anticonceptivo en la primera relación, del grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja quienes utilizaron métodos seguros (condón y pastillas) fue el 55% y quienes utilizaron métodos inseguros (coito interrumpido y ritmo) fue el 45%. Para el grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja los porcentajes fueron; métodos seguros 64% y métodos inseguros 36%.

**DESPUES, EVITASTE EL EMBARAZO DE LA SIGUIENTE FORMA ...**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Condón</b>	28	16.0
<b>Pastillas</b>	5	2.9
<b>Coito interrumpido</b>	12	6.9
<b>Ritmo</b>	25	14.3
<b>DIU</b>	4	2.3
<b>No utilizo</b>	101	57.7
<b>Total</b>	175	100.0

**GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Condón</b>	12	12.5
	<b>Pastillas</b>	4	4.2
	<b>Coito interrumpido</b>	3	3.1
	<b>Ritmo</b>	16	16.7
	<b>DIU</b>	2	2.1
	<b>No utilizo</b>	59	61.5
	<b>Total</b>	96	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>Condón</b>	16
<b>Pastillas</b>		1	1.3
<b>Coito interrumpido</b>		9	11.4
<b>Ritmo</b>		9	11.4
<b>DIU</b>		2	2.5
<b>No utilizo</b>		42	53.2
<b>Total</b>		79	100.0

También preguntamos si después de la primera relación siguieron evitando el embarazo en las siguientes relaciones a lo que en la muestra total encontramos en una proporción de cada 10 adolescentes 6 respondieron que ya no usaron métodos anticonceptivos para evitar el embarazo en las siguientes relaciones, 2 de ellas utilizaron métodos seguros como lo son el condón, las pastillas o el DIU y 2 utilizaron métodos inseguros como lo son el coito interrumpido o el ritmo. En los grupos de comparación los porcentajes quedaron de la siguiente forma: grupo 1 con pareja, no utilizo 61.5%, métodos seguros (condón, pastillas, DIU) 18.8%, métodos inseguros (coito interrumpido y ritmo) 19.8%. Para el grupo 2 sin pareja, los resultados fueron; no utilizó 53.2%, métodos seguros 24.1%, métodos inseguros 22.8%.

**USÓ UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR ESTE EMBARAZO  
MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Si</b>	43	20.2
<b>No</b>	170	79.8
<b>Total</b>	213	100.0

**GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>Si</b>	22	19.6
	<b>No</b>	90	80.4
	<b>Total</b>	112	100.0
<b>2 Sin pareja</b>	<b>Si</b>	21	20.8
	<b>No</b>	80	79.2
	<b>Total</b>	101	100.0

Por último le preguntamos a las adolescentes si en este embarazo habían utilizado algún método anticonceptivo para evitar el embarazo y en la muestra total de 10, no lo hicieron 8 y 2 si lo hicieron. Para los grupos de comparación la misma proporción se mantiene siendo los porcentajes para el grupo 1 con pareja si evitó 19.6%, no evitó 80.4%. Para el grupo 2 con pareja, si evito 20.8%, no evito 79.2%.

**¿POR QUÉ NO UTILIZÓ MÉTODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR ESTE EMBARAZO?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No contestó</b>	38	17.8
<b>Descuido</b>	41	19.2
<b>Miedo</b>	20	9.4
<b>No sabía</b>	20	9.4
<b>Pensaba que no saldría embarazada</b>	52	24.4
<b>Otra respuesta</b>	42	19.7
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>No contestó</b>	20	17.9
	<b>Descuido</b>	17	15.2
	<b>Miedo</b>	13	11.6
	<b>No sabía</b>	9	8.0
	<b>Pensaba que no saldría embarazada</b>	20	17.9
	<b>Otra respuesta</b>	33	29.5
	<b>Total</b>	112	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contestó</b>	18
<b>Descuido</b>		24	23.8
<b>Miedo</b>		7	6.9
<b>No sabía</b>		11	10.9
<b>Pensaba que no saldría embarazada</b>		32	31.7
<b>Otra respuesta</b>		9	8.9
<b>Total</b>		101	100.0

Indagamos la razón concreta por la cual no habían utilizado métodos anticonceptivos para evitar este embarazo y en los resultados de la muestra total nos contestaron en el 38% de los casos que fue por descuido, por miedo o porque no sabía que método utilizar, el 24 % pesaba que no saldría embarazada y el 37% restante o no contesto o dio alguna otra respuesta, es decir que utilizando la proporción que hemos estado empleando de cada 10 adolescentes embarazadas de la muestra total, 4 de ellas no utilizaron por descuido, miedo o por no saber que método utilizar, 4 mas no contestaron o dieron otra respuesta y 2 pensaban que no saldrían embarazadas. Los porcentajes para los grupos de comparación quedaron de la siguiente manera: grupo 1 con pareja, descuido miedo o no sabia que utilizar 34.8%, pensaba que no saldría embarazada 17.9% y no contesto o dio otra respuesta 47.4%. Para el grupo 2 sin pareja, descuido miedo o no sabia que utilizar 41.6%, pensaba que no saldría embarazada 31.7% y no contesto o dio otra respuesta 26.7%

**¿ALGUNA PERSONA CERCANA A TÍ SE EMBARAZÓ ANTES DE LOS 18 AÑOS?**

**MUESTRA TOTAL**

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>No contestó</b>	46	21.6
<b>No</b>	62	29.1
<b>Tu mamá</b>	33	15.5
<b>Tu hermana</b>	22	10.3
<b>Otra persona</b>	50	23.5
<b>Total</b>	213	100.0

**POR GRUPO**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 Con pareja</b>	<b>No contestó</b>	26	23.2
	<b>No</b>	28	25.0
	<b>Tu mamá</b>	17	15.2
	<b>Tu hermana</b>	11	9.8
	<b>Otra persona</b>	30	26.8
	<b>Total</b>	112	100.0
	<b>2 Sin pareja</b>	<b>No contestó</b>	20
<b>No</b>		34	33.7
<b>Tu mamá</b>		16	15.8
<b>Tu hermana</b>		11	10.9
<b>Otra persona</b>		20	19.8
<b>Total</b>		101	100.0

Por último, decidimos preguntar a las adolescentes embarazadas si alguna persona cercana a ellas se había embarazado antes de los 18 años, dentro de las respuestas para la muestra total encontramos que de 10 adolescentes embarazadas, 5 tenían a alguna persona cercana a ellas que se embarazó antes de los 18 años incluyendo a la madre, a la hermana o a otra persona cercana (de las 5, 1 era la madre, 1 la hermana, y 3 alguna otra persona cercana), 3 dijeron que no y 2 no contestaron esta pregunta. Para los grupos de comparación los resultados quedaron de la siguiente manera: grupo 1 con pareja, 51.8% madre, hermana y otra persona cercana, 48.2% no contestó o no había una persona cercana a ella que se hubiera embarazado antes de los 18 años. Para el grupo 2 sin pareja, 46.5% madre, hermana y otra persona cercana, 53.5% no contestó o no había una persona cercana a ella que se hubiera embarazado antes de los 18 años. Por las respuestas obtenidas observamos que al menos en el 50% de los casos de las adolescentes embarazadas que encuestamos, el embarazo antes de los 18 años se ha presentado en personas cercanas, por lo que suponemos que si aparece un embarazo en el contexto cercano a la adolescente será con cierta facilidad tolerado.

## **SEGUNDA PARTE**

### **ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO Y GRUPO**

En esta segunda parte se presentan los resultados del análisis de estadística inferencial empleado para comparar: primero el estilo de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas, con respecto a la respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, depresión, y el cuestionario general de salud, en esta primera parte se tomó en cuenta la muestra total de adolescentes embarazadas que fueron encuestadas para la realización de este estudio; en segundo lugar las adolescentes fueron divididas tomando el criterio de que si al momento de la aplicación de los instrumentos de medición contaban o no con una relación de pareja estable, es decir se formaron dos grupos de comparación grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja al momento del estudio y grupo 2 adolescentes embarazadas sin pareja al momento del estudio, ambos grupos fueron comparados respecto a la respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, depresión, y el cuestionario general de salud. Aquí cabe recordar que debimos modificar el análisis estadístico propuesto en el momento de registrar el proyecto de esta tesis porque el número de sujetos no permitió hacer un análisis estadístico que pudiera tomar en cuenta ambas variables independientes ya que en la matriz que se formaba había celdas que quedaban vacías, por esa razón decidimos hacer el análisis por separado de las variables independientes (estilos de enfrentamiento y grupo). Para ello presentaremos primero el análisis de los estilos de enfrentamiento y después el de grupo.

Antes de la presentación de los resultados propuesta anteriormente, mostramos cuales fueron los datos obtenidos en los instrumentos empleados para este trabajo, con respecto: por una parte, a la división de la muestra obtenida tanto por el criterio del estilo de enfrentamiento utilizado por las adolescentes embarazadas como por el criterio de contar o no con una relación de pareja, dado que ambos criterios fueron utilizados en el análisis de la estadística inferencial. Por otra parte, presentamos los resultados para la muestra total de los instrumentos de evaluación (ansiedad, depresión y auto concepto), distinguiendo: en el caso de la ansiedad y la depresión los casos en los que la adolescente rebasa el punto de corte en cada instrumento, indicando con ello que la adolescente posee esa característica emocional; para el caso del auto concepto los puntajes sumergidos (puntajes bajos) que indican una merma en la dimensión del auto concepto que se evalúa.

**DIVISIÓN DE LA MUESTRA POR ESTILO DE ENFRENTAMIENTO Y POR SITUACIÓN DE PAREJA**

<b>Estilo de enfrentamiento</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Situación de pareja</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dirigido al problema</b>	<b>57</b>	<b>Con pareja</b>	<b>53</b>
<b>Búsqueda de ayuda externa</b>	<b>20</b>		
<b>Dirigido a las emociones</b>	<b>16</b>	<b>Sin pareja</b>	<b>47</b>
<b>Evitativo</b>	<b>7</b>		
<b>Total</b>	<b>100</b>		<b>100</b>

Según el estilo de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas la muestra quedo conformada de la siguiente manera: enfrentamiento dirigido al problema 57%; búsqueda de ayuda externa 20%; dirigido a las emociones 16%; evitativo 7%. Para el criterio de la situación de pareja, la muestra quedo dividida prácticamente por la mitad siendo; el 53% de las adolescentes dijeron que tenían una relación de pareja, al momento de realizar la encuesta, y el 47% restante no contaba con el apoyo de la pareja en el momento de realizar la encuesta.



### CASOS DE ANSIEDAD ESTADO, ANSIEDAD RASGO, Y DEPRESIÓN.

	Ansiedad estado (SXE)		Ansiedad rasgo (SXR)		Depresión (EAMD)	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
<b>Caso</b>	<b>72</b>	<b>34</b>	<b>63</b>	<b>30</b>	<b>87</b>	<b>40</b>
<b>No caso</b>	141	<b>66</b>	150	<b>70</b>	126	<b>60</b>
<b>Total</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>

Con respecto tanto a la ansiedad rasgo como a la ansiedad estado los resultados muestran; que la tercera parte de las adolescentes presentan ansiedad rasgo (30%), aproximadamente ocurre lo mismo para la ansiedad estado (34%). En el caso de la depresión en una proporción de 10 adolescentes embarazadas 4 presentan suficientes síntomas para ser consideradas caso de depresión.

### AUTOCONCEPTO: IDENTIDAD, AUTOSATISFACCIÓN Y CONDUCTA.

	Identidad (R1)		Autosatisfacción (R2)		Conducta (R3)	
	F	%	F	%	F	%
<b>Bajo</b>	<b>49</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>52</b>	<b>24</b>
<b>Medio</b>	147	<b>69</b>	162	<b>76</b>	146	<b>69</b>
<b>Alto</b>	17	<b>8</b>	21	<b>10</b>	15	<b>7</b>
<b>Total</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>

Los resultados con respecto a los renglones de; identidad, autosatisfacción y conducta indicaron que: aproximadamente 1 de cada 4 adolescentes embarazadas tuvieron un puntaje bajo tanto en identidad (23%) como en conducta (24%), mientras que en el renglón de autosatisfacción solamente el 14% de la muestra tuvo un puntaje bajo.

**AUTOCONCEPTO: YO FÍSICO, YO ETICO MORAL, YO PERSONAL, YO SOCIAL.**

	Yo físico (CA)		Yo ético moral (CB)		Yo personal (CC)		Yo familiar (CD)		Yo social (CE)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Bajo</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>53</b>	<b>25</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>53</b>	<b>25</b>	<b>53</b>	<b>25</b>
<b>Medio</b>	150	<b>70</b>	146	<b>68</b>	156	<b>73</b>	146	<b>68</b>	147	<b>68</b>
<b>Alto</b>	40	<b>19</b>	14	<b>7</b>	17	<b>8</b>	14	<b>7</b>	13	<b>7</b>
<b>Total</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>	213	<b>100</b>

Los resultados con respecto a las columnas del; yo físico, yo ético moral, yo personal, yo familiar, y yo social indicaron que: 1 de cada 4 adolescentes tuvieron puntajes bajos en las columnas del yo ético moral, yo familiar y yo social, mientras que para la columna del yo personal tuvieron puntajes bajos el 19% de las adolescentes embarazadas y para el yo físico el porcentaje de puntajes bajos fue de 10%.

## ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO

Para realizar el análisis de los estilos de enfrentamiento se llevo a cabo un Análisis factorial con una N = 213 que corresponde al total de la muestra de estudio reduciendo el espacio factorial a 5 dimensiones con el método de rotación Varimax cuya convergencia fue de 9 interacciones. A través de este método 23 reactivos entraron en el análisis de tal manera que la estructura factorial de la escala de estilos de afrontamiento quedo conformada con cuatro factores, debido a que uno de los factores fue eliminado ya que solamente correlacionó con 2 reactivos: el primer factor que llamaremos enfrentamiento dirigido al problema se constituyó por 11 reactivos; El segundo factor se constituyo por 4 reactivos y lo denominamos enfrentamiento de búsqueda de ayuda externa; el tercer factor fue constituido a su vez por 5 reactivos y se le denominó enfrentamiento dirigido hacia las emociones; por ultimo, el factor numero cuatro quedo constituido por 3 reactivos y lo denominamos enfrentamiento evitativo, como se muestra en los siguientes cuadros.

<b>Factor I</b>	
<b>Enfrentamiento dirigido al problema</b>	
<b>Reactivos de la escala de afrontamiento</b>	<b>Correlación</b>
1. trato de entender mejor la situación	0.61748
9. trato de verle el lado positivo a la situación	0.48864
11. elaboro y siguió un plan de acción	0.52597
12. para manejar el problema tomo en cuenta varias alternativas	0.54705
13. aprovecho la experiencia de situaciones similares en el pasado	0.53776
15. tomo las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron	0.67287
18. trato de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación	0.54028
19. se dijo a sí misma cosas que le ayudaron a sentirse mejor	0.60656
21. supo lo que tenia que hacer y lucho para lograrlo	0.66251
23. se prometió a sí misma que las cosas serían diferentes la próxima vez	0.43089
25. lo aceptó, nada se podía hacer	0.41636

<b>Factor II</b>	
<b>Enfrentamiento de búsqueda de ayuda externa</b>	
<b>Reactivos de la escala de afrontamiento</b>	<b>Correlación</b>
4. habló con algún profesional (médico, abogado, sacerdote)	0.67393
5. rezo para encontrar guía o fortaleza	0.63357
6. se preparo para lo peor	0.43857
27. buscó ayuda de personas o grupos con experiencias similares	0.47372

<b>Factor III</b>	
<b>Enfrentamiento dirigido hacia las emociones</b>	
<b>Reactivos de la escala de afrontamiento</b>	<b>Correlación</b>
2. platico sobre el problema con el cónyuge u otro familiar	0.49475
10. para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa	0.54433
14. no demostró sus sentimientos	0.70385
17. analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo	0.43578
26. demostró sus sentimientos de alguna manera	0.48699

<b>Factor IV</b>	
<b>Enfrentamiento evitativo</b>	
<b>Reactivos de la escala de afrontamiento</b>	<b>Correlación</b>
16. trató de apartarse del problema para verlo con mas objetividad	0.57279
20. se alejó momentáneamente del problema	0.64714
24. se negaba a creer que eso hubiera sucedido	0.52528

Una vez realizado este análisis nos dimos a la tarea de comparar estos cuatro estilos de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas de la muestra primero con las respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto de Tennessee, los resultados obtenidos se han resumido en la siguiente tabla;

**TABLA DE RESUMEN CHI CUADRADA, PARA EL ANÁLISIS DEL ESTILO DE AFRONTAMIENTO CON RESPECTO AL AUTO-CONCEPTO**

<b>Variable</b>	<b>Chi cuadrada</b>	<b>GL</b>	<b>probabilidad</b>	<b>Coefficiente de contingencia</b>	<b>Probabilidad</b>
Auto crítica	10.57	6	.104	.222	.104
Puntaje T/F	10.850	6	.093	.225	.093
Conflicto neto	5.848	6	.440	.167	.440
Conflicto total	5.461	6	.486	.162	.486
Total	11.510	6	.074	.232	.074
Identidad (R1)	10.595	6	.102	.223	.102
<b>Auto satisfacción (R2)</b>	<b>16.898</b>	<b>6</b>	<b>.010</b>	<b>.277</b>	<b>.010</b>
<b>Conducta (R3)</b>	<b>22.489</b>	<b>6</b>	<b>.001</b>	<b>.316</b>	<b>.001</b>
Yo físico (CA)	7.851	6	.249	.193	.249
<b>Yo ético moral (CB)</b>	<b>16.290</b>	<b>6</b>	<b>.012</b>	<b>.273</b>	<b>.012</b>
Yo personal (CC)	10.173	6	.118	.218	.118
Yo familiar (CD)	10.856	6	.093	.225	.093
Yo social (CE)	9.963	6	.126	.216	.126

Como la tabla lo muestra al realizar el análisis de la estadística diferencial con respecto al estilo de enfrentamiento se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres

de las dimensiones que evalúa la escala de auto concepto a saber; auto satisfacción, conducta, yo ético moral, cabe anotar aquí que las puntuaciones que se utilizaron para evaluar a las adolescentes embarazadas de la muestra fueron tomadas de la estandarización en una muestra de mujeres mexicanas que fue llevada a cabo por Morales y cols. (2001).

Los resultados con respecto al estilo de enfrentamiento y la prueba de auto concepto indican que, cuando las adolescentes embarazadas de la muestra total tuvieron puntuaciones bajas en la hilera 2 de auto satisfacción hubo una dependencia con el afrontamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa, las puntuaciones bajas en esta dimensión del auto concepto indican que los sentimientos acerca de si mismos en cuanto a la propia percepción no provocan un adecuado nivel de satisfacción personal y la auto aceptación; Con respecto a la hilera 3 de conducta cuando las adolescentes embarazadas presentaron puntajes bajos se observo una dependencia con el empleo tanto del estilo de enfrentamiento 2 , de búsqueda de ayuda externa, como del estilo de enfrentamiento tipo 3, dirigido hacia las emociones, puntajes bajos en esta dimensión del auto concepto indican que la percepción que tienen de su comportamiento o la forma general en como han actuado no les satisface o no la perciben como adecuada, sin embargo, cuando las puntuaciones eran elevadas en la dimensión de conducta se asocio al estilo de enfrentamiento dirigido hacia la solución del problema, en este caso los puntajes elevados indican satisfacción con la manera en como se actúa y la forma en que se esta funcionando, por ultimo, en la columna que evalúa el yo ético moral las puntuaciones bajas de las adolescentes embarazadas se asociaron a el empleo nuevamente tanto de el estilo de enfrentamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa como al enfrentamiento dirigido a las emociones, los puntajes bajos en esta dimensión del auto concepto revelan que no hay una adecuada percepción de si mismos tomando en cuenta su propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, las adolescentes embarazadas que emplearon el estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema tuvieron puntuaciones normales en la dimensión ético moral del auto concepto indicando con ello una adecuada definición de si mismos con respecto a su propio marco de referencia ético moral.

Por otra parte también fueron comparados los distintos estilos de enfrentamiento con los resultados obtenidos en los otros instrumentos de medición, a saber; ansiedad, depresión y cuestionario general de salud, el resumen de los resultados se presentan en el siguiente cuadro;

**TABLA DE RESUMEN CHI CUADRADA, PARA EL ANÁLISIS DEL ESTILO DE AFRONTAMIENTO CON RESPECTO A LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN.**

<b>Variable</b>	<b>Chi cuadrada</b>	<b>GL</b>	<b>Probabilidad</b>	<b>Coefficiente de contingencia</b>	<b>Probabilidad</b>
Ansiedad estado	7.411	3	.060	.188	.060
<b>Ansiedad rasgo</b>	<b>8.024</b>	<b>3</b>	<b>.046</b>	<b>.195</b>	<b>.046</b>
<b>Depresión</b>	<b>21.538</b>	<b>3</b>	<b>.000</b>	<b>.310</b>	<b>.000</b>

Como se puede observar con claridad en esta parte se encontraron diferencias en la dimensión de ansiedad rasgo, así como en la escala de depresión y en el cuestionario general de salud.

Con respecto al análisis de estas variables encontramos que cuando una adolescente embarazada rebasa el punto de corte para determinar que presenta una sintomatología de ansiedad rasgo, es decir, se trata de un caso positivo de ansiedad rasgo, los estilos de enfrentamiento que se asocian es tanto el empleo del estilo de afrontamiento de la búsqueda de ayuda externa, como también el empleo del estilo de enfrentamiento dirigido a las emociones. Por otra parte cuando una adolescente embarazada emplea el estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de los problemas se asocia a no ser un caso positivo de ansiedad rasgo es decir que no rebasaron el punto de corte que marca el instrumento. Con respecto a la escala de auto medición de la depresión volvemos a observar de la misma manera que cuando la adolescente rebasa el punto de corte que marca el instrumento, es decir se convierte en un caso positivo de depresión los estilos de enfrentamientos que se asocian a ese resultado son el enfrentamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa y el enfrentamiento dirigido a las emociones, mientras que, como lo observamos en la ansiedad rasgo, cuando la adolescente embarazada no presenta puntuación que indique algún trastorno depresivo es decir que no es un caso, entonces se asocia el empleo del estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema. Por ultimo los resultados nos indicaron que cuando hay evidencia de malestar psicológico es decir que las pacientes rebasaron el punto de corte para el cuestionario general de salud, o sea que teníamos un caso, el empleo del estilo de enfrentamiento que se asocia es el dirigido a la búsqueda de ayuda externa, mientras que si no se tenía un caso en la aplicación del cuestionario general de salud nuevamente teníamos que se asocia con el empleo del estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema.

A manera de resumen de la evaluación de los estilos de enfrentamiento con las variables dependientes de estudio (auto concepto, ansiedad, depresión y malestar psicológico), podemos decir que en lo particular del estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de problemas se asocia en el auto concepto puntajes elevados en la dimensión de conducta, y puntajes normales en la dimensión del yo ético moral, así mismo este estilo de enfrentamiento se asocia con no ser un caso de ansiedad rasgo, no ser caso de depresión y no presentar malestar psicológico. Para el estilo de enfrentamiento de búsqueda de ayuda

externa se asocio con puntajes bajos en la dimensión de auto satisfacción, en la dimensión de conducta y en la dimensión del yo ético moral, además este mismo estilo de enfrentamiento se asocio con ser caso positivo en; ansiedad rasgo, depresión y presentar malestar psicológico, finalmente para el estilo de enfrentamiento dirigido a las emociones se asocio con puntajes bajos en las dimensiones de auto concepto conducta y yo ético moral, además se asocio a ser caso en ansiedad rasgo y en depresión.

### GRUPOS: CON Y SIN PAREJA

La segunda parte del análisis de los datos de esta investigación se centro en la comparación de los grupos de adolescentes embarazadas con y sin pareja respecto de las variables dependientes, los primeros resultados son los de la escala de auto-concepto de tennessee que se muestran en la siguiente tabla de resumen:

**TABLA DE RESUMEN CHI CUADRADA, PARA EL ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE COMPARACIÓN CON RESPECTO AL AUTO-CONCEPTO**

Variable	Chi cuadrada	GL	probabilidad	Coefficiente de contingencia	Probabilidad
Auto crítica	.993	2	.609	.068	.609
Puntaje T/F	1.044	2	.593	.070	.593
Conflicto neto	1.120	2	.571	.072	.571
Conflicto total	.130	2	.937	.025	.932
Total	4.208	2	.122	.139	.122
Identidad (R1)	.971	2	.615	.067	.615
<b>Auto satisfacción (R2)</b>	<b>8.802</b>	<b>2</b>	<b>.012</b>	<b>.199</b>	<b>.012</b>
<b>Conducta (R3)</b>	<b>5.979</b>	<b>2</b>	<b>.050</b>	<b>.165</b>	<b>.050</b>
Yo físico (CA)	.321	2	.852	.039	.852
<b>Yo ético moral (CB)</b>	<b>7.959</b>	<b>2</b>	<b>.019</b>	<b>.190</b>	<b>.019</b>
Yo personal (CC)	3.769	2	.152	.132	.152
<b>Yo familiar (CD)</b>	<b>7.956</b>	<b>2</b>	<b>.019</b>	<b>.190</b>	<b>.019</b>
Yo social (CE)	.605	2	.739	.053	.739

Como la tabla lo muestra al realizar el análisis de la estadística diferencial con respecto los grupos de comparación, grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja y grupo 2 adolescentes embarazadas sin pareja, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las dimensiones que evalúa la escala de auto concepto a saber; auto satisfacción, conducta, yo ético moral, y yo familiar.

Los resultados de la comparación de los grupos respecto de la prueba de auto concepto indican que, cuando las adolescentes embarazadas tuvieron puntuaciones bajas en la hilera 2 de auto satisfacción había una asociación a pertenecer al grupo 2 de adolescentes sin pareja, las puntuaciones bajas en esta dimensión del auto concepto indican que los sentimientos acerca de si mismos en cuanto a la propia percepción no provocan un

adecuado nivel de satisfacción personal y la auto aceptación. Por el contrario cuando las puntuaciones eran altas en la hilera 2 de auto satisfacción había una asociación a pertenecer al grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, puntajes elevados en esta dimensión del auto concepto indican que los sentimientos acerca de si mismos en cuanto a la propia percepción provocan un adecuado nivel de satisfacción personal y la auto aceptación; Con respecto a la hilera 3 de conducta cuando las adolescentes embarazadas presentaron puntajes elevados se observo una asociación a pertenecer al grupo 1 de adolescentes con pareja, cuando las puntuaciones son elevadas indican satisfacción con la manera en como se actúa y la forma en que se esta funcionando, por ultimo, en la columna que evalúa el yo ético moral las puntuaciones bajas de las adolescentes embarazadas se asociaron a pertenecer al grupo 2 sin pareja, los puntajes bajos en esta dimensión del auto concepto revelan que no hay una adecuada percepción de si mismos tomando en cuenta su propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen. Las adolescentes embarazadas que tuvieron puntuaciones elevada en la dimensión ético moral del auto concepto se asociaba a pertenecer al grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, indicando las puntuaciones elevadas de esta dimensión una favorable definición de si mismos con respecto a su propio marco de referencia ético moral. En la dimensión del yo familiar las adolescentes que tuvieron bajos puntajes en esta dimensión se asociaban a perteneces al grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja los puntaje bajos en esta dimensión indican que los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia no son adecuados, los puntajes elevados en esta dimensión se asociaron a pertenecer al grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja lo que refleja que los sentimientos de un individuo, el mérito y el valor como miembro de una familia son adecuados.

Los resultados obtenidos para los otros instrumentos de medición se presentan resumidos en la siguiente tabla:

**TABLA DE RESUMEN CHI CUADRADA, PARA EL ANÁLISIS DE LOS GRUPOS DE COMPARACIÓN CON RESPECTO A LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN.**

<b>Variable</b>	<b>Chi cuadrada</b>	<b>GL</b>	<b>Probabilidad</b>	<b>Coefficiente de contingencia</b>	<b>Probabilidad</b>
<b>Ansiedad estado</b>	.291	1	.590	.037	.590
<b>Ansiedad rasgo **</b>	<b>4.591</b>	<b>1</b>	<b>.032</b>	<b>.145</b>	<b>.032</b>
<b>Depresión</b>	.238	1	.626	.027	.626

Estas otras variables, como lo muestra la tabla, únicamente se encontraron diferencias en la dimensión rasgo de la ansiedad, por lo que evidentemente en las otras variables dependientes no se encontraron diferencias.

Con respecto al análisis con las otras variables únicamente encontramos que cuando una adolescente embarazada rebasa el punto de corte para determinar que presenta una sintomatología de ansiedad rasgo, es decir, se trata de un caso positivo de ansiedad rasgo,



se asocia a pertenecer al grupo de adolescentes del grupo 2 es decir de las que no cuentan con pareja. En las demás variables dependientes no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

A manera de resumen de la comparación de los grupos respecto a las variables dependientes de estudio (auto concepto, ansiedad, depresión y malestar psicológico), podemos decir que en lo particular del grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja se asocia en el auto concepto puntajes elevados en la dimensión de auto satisfacción, en la de conducta, en la dimensión del yo ético moral, y en la dimensión del yo familiar. Mientras que para el grupo 2 de adolescentes embarazadas sin pareja la asociación se dio en obtener puntajes bajos en la dimensión de auto satisfacción, en la dimensión ético moral, y en la dimensión del yo familiar, además las adolescentes embarazadas de este grupo se asociaron a ser caso en los puntajes de ansiedad rasgo.

# DISCUSIÓN

El presente capítulo de la discusión tendrá la misma estructura que se presentó en el capítulo de resultados, es decir, se divide en dos partes. En la primera se discuten los resultados de la encuesta socio demográfica, que describió la muestra, en sus cuatro rubros a saber; I datos iniciales, II familia, III economía, IV sexualidad, la discusión se centra en la muestra total aunque cuando es evidente una diferencia entre los grupos de comparación (grupo 1 adolescentes embarazadas con pareja y grupo 2 adolescentes embarazadas sin pareja) se refiere en el texto. La segunda parte de este capítulo discute los resultados del análisis de estadística inferencial que comparo; por una parte, los estilos de enfrentamiento que presentaron las adolescentes embarazadas con respecto a las respuestas obtenidas en las escalas de auto concepto, de ansiedad y de depresión; por otra parte, a las adolescentes embarazadas con y sin pareja con respecto a las respuestas obtenidas en los mismos instrumentos.

## PRIMERA PARTE

### I DATOS INICIALES

La muestra quedó constituida por 213 adolescentes embarazadas, de las cuales; 112 contaban con el apoyo de la pareja ya fuera porque estaban casadas o vivían en unión libre estas fueron las que conformaron el grupo 1; el grupo 2 quedó formado con las 101 adolescentes embarazadas restantes quienes no contaban con el apoyo de la pareja. Las adolescentes embarazadas de la muestra cuando fueron encuestadas en promedio cursaban el segundo trimestre del embarazo, estaban por cumplir los 16 de edad y ya habían iniciado su vida sexual sin haber podido evitar este embarazo.

Las edades promedio indican que las parejas son mayores que ellas por casi 4 años de edad, este dato apoya el argumento de que las adolescentes en general inician una relación amorosa con adolescentes mayores que ellas debido, en parte, a que el crecimiento y

desarrollo durante la adolescencia en las mujeres se instaura con mayor rapidez que en los hombres, por ejemplo si se compara a dos adolescentes uno varón y la otra mujer, que están cursando el primer grado de educación secundaria, ella se verá mas desarrollada en las características sexuales secundarias que él y por lo tanto se interesará por adolescentes mayores que sus compañeros de la misma edad. Resultó interesante notar que la diferencia de edad también se observa en los padres de las adolescentes en el mismo sentido, es decir, el padre en promedio es mayor que la madre, por lo que a la explicación de la diferencia en edad en las relaciones amorosas que instauran las adolescentes se puede agregar la idea que en algunos casos las adolescentes han adquirido el valor de tener un compañero mayor que ellas por la situación observada en sus familias. En este mismo sentido llamo nuestra atención que al comparar en edad a las parejas de ambos grupos; las parejas del grupo 1, quienes apoyaban a la adolescente durante su embarazo, son significativamente mayores que las parejas de las adolescentes del grupo 2, que no las apoyaron, es decir, que los varones que apoyaron a sus parejas adolescentes tienen en promedio mas edad que aquellos que no las apoyaron, quizá esta diferencia de las edades en promedio este indicando que a medida que la pareja es mayor, por una circunstancia de maduración, esta dispuesto a asumir las responsabilidades que implica el formar una familia.

Las adolescentes embarazadas de la muestra habían concluido con el segundo año de la educación media básica (secundaria) y la situación de escolaridad para las parejas es prácticamente la misma dado que la diferencia en favor de estas es mínima, llama la atención el hecho de que si las parejas son en promedio mayores en edad que las adolescentes, entonces este dato sugiere pensar que las parejas habían, quizá, abandonado la escuela antes de este embarazo. En donde se observó una diferencia de un año de escolaridad, es en el promedio de años de estudios de los padres de las adolescentes, puesto que los padres, en promedio, tienen un año mas de escolaridad que las madres, situación que remite a pensar en la desventaja educativa que tenían las mujeres cuando los padres de las adolescentes formaron una pareja, por lo menos hace ya 16 años.

## **II FAMILIA**

### **ESTRUCTURA FAMILIAR**

Al evaluar la estructura familiar, en primer lugar, se preguntó por el estado civil de los padres en donde advertimos que prácticamente el 60% de la muestra total dijo que sus padres tenían una relación de pareja estable, sumando en ello, naturalmente, a quienes estaban casados (la mayoría) y a quienes vivían en unión libre, el 40% restante contestó que sus padres estaban separados o dieron otra respuesta, para la situación civil actual de los padres hay más madres divorciadas (17.4%) que padres (13.6%) y más padres fallecidos (12.7%) que madres (4.2%). Específicamente para el grupo de adolescentes que cuentan con pareja, la proporción de madres con una pareja estable (casada o unida) fue de 6 en cada 10, mientras que para el grupo de adolescentes embarazadas sin pareja por cada 2 madres; una esta con una pareja estable y la otra no. Pareciera, entonces, que las adolescentes del grupo que no tiene pareja, en la experiencia de vida que les ha proporcionado su historia familiar, han estado expuestas con mayor frecuencia a la circunstancia de que sus madres sean solteras, lo cual, permitiría, en cierto sentido, enfrentar la experiencia de no contar con el apoyo de la pareja. Además los resultados obtenidos respecto a la situación civil actual del padre, apoya la idea anterior debido a que ellos tienen menor porcentaje de una relación de pareja estable (casados o unidos) y tienen un mayor porcentaje de padres divorciados o fallecidos, es decir, que el grupo de adolescentes embarazadas que no cuenta con el apoyo de la pareja, como era de esperarse, tiene presente en su experiencia de vida la ausencia del padre por diversas circunstancias.

En segundo lugar preguntamos por el tipo de familia a la cual pertenecen las adolescentes embarazadas según tres criterios; integración, tamaño, y aspecto ideológico. Según la integración las adolescentes de la muestra total dijeron pertenecer principalmente a una familia integrada, lo cual coincide con el resultado anterior respecto al estado civil de los padres, específicamente en este rubro de cada 10 adolescentes embarazadas; 6 pertenecen a una familia integrada, 3 a una semi-integrada y 1 a una familia desintegrada. Con respecto al tamaño de la familia la mayoría de las adolescentes dijeron estar integradas a una familia nuclear, siendo en este caso, de cada 10 adolescentes embarazadas, 7 las que se integran en

una familia nuclear, el resto pertenecen a una familia extensa. En cuanto al aspecto ideológico, la muestra total prácticamente se encuentra dividida por la mitad, es decir, de cada dos adolescentes una dijo pertenecer a una familia de ideología tradicional y la otra a una familia de ideología moderna. Dicho en otras palabras la muestra se caracterizó en su mayoría por pertenecer a una familia nuclear e integrada, pudiendo ser la ideología de la familia tradicional o moderna.

En nuestro intento por comprender como se estructuraban las familias de las adolescentes embarazadas, en tercer lugar nos interesaba saber tanto el número de miembros que integraban la familia como con quien, al momento de la entrevista, estaba viviendo la adolescente. Respecto al número de integrantes los resultados indicaron que el promedio para la muestra total del número de integrantes de la familia es de  $4.38 \pm 1.71$  miembros, este dato coincide con lo reportado por el INEGI en el censo del año 2000 para el promedio de integrantes de la familia en México, lo cual nos permite decir que por el número promedio de integrantes, las familias de las adolescentes de la muestra, bien pueden representar una familia promedio del pueblo mexicano.

En el caso del lugar a donde actualmente vive la adolescente, existen diferencias notables entre los grupos de comparación: mientras que para el grupo 1 de adolescentes con pareja, el 72.4% de ellas viven con sus suegros y con la pareja o solamente con la pareja, las adolescentes que no cuentan con el apoyo de la pareja, se quedan a vivir con su familia, puesto que por cada 10 adolescentes 8 de ellas así lo hacen y las dos restantes tuvieron otras opciones, para vivir cuando estuvieron embarazadas. Lo anterior nos hace pensar que contar con el apoyo de una pareja cuando la adolescente se embaraza condiciona el cambio del lugar en donde vivieron antes del embarazo porque estas adolescentes se incorporan a vivir ya sea con la familia del compañero o solamente con el, en contraste las que no cuentan con el apoyo de la pareja se quedan a vivir con su familia como era de esperarse.

## DINÁMICA FAMILIAR

Nos interesó explorar la percepción que tienen las adolescentes embarazadas de las relaciones familiares, tanto de la dinámica familiar en general como específicamente de la percepción que tienen; de la relación entre sus padres y de la relación que sostienen con cada uno ellos. Con respecto a la percepción de la dinámica familiar el dato a resaltar es que el 73.2% de las adolescentes menciono percibir la dinámica familiar de buena a excelente siendo mayor el porcentaje para la buena dinámica (56.3%), el porcentaje restante de las adolescentes embarazadas menciono que la dinámica familiar es de regular a mala. Por otra parte la relación entre los padres fue percibida por cada 10 adolescentes embarazadas; 6 como armónica, 3 la percibieron como disarmonica y una no contestó. Con respecto a la percepción de las relaciones de afecto con su madre en la muestra total, un 80.2% refirió que estas relaciones son percibidas como de buenas a muy buenas, quienes perciben la relación como regular son un 15%, y el 4.7% restante son quienes refieren una relación de mala a muy mala o dieron otra respuesta. En contraste a la percepción que tienen de las relaciones de afecto con la madre, la percepción de las relaciones de afecto con el padre fue distinta, puesto que el porcentaje que describe una relación afectiva con el padre de buena a muy buena es tan solo de 51.2% de la muestra total, en otras palabras esto significa que solo 1 de cada 2 adolescentes percibe las relaciones de afecto con su padre de buenas a muy buenas.

En este mismo rubro también nos llamo la atención que entre los grupos hay ciertas variaciones en la percepción ya que para las adolescentes embarazadas sin pareja, percibieron en un menor porcentaje que la relación con el padre fue de buena a muy buena y consecuentemente percibieron tanto las relaciones regulares como las malas y las muy malas en mayor porcentaje, esta diferencia indicaría que las adolescentes del grupo sin pareja ha percibido menos favorablemente la relación con sus padres hecho que debe ser resaltado porque no debemos perder de vista que desde la óptica del desarrollo psicológico el padre será la figura introyectada que mas adelante tendrá influencia tanto en la elección de pareja como en el vinculo con ella.

Finalmente podemos decir con respecto a la percepción que tienen las adolescentes embarazadas de las relaciones familiares que en general tienden a percibir; la dinámica familiar como de buena a muy buena, la relación entre sus padres como armónica, la relación con la madre de buena a muy buena y solamente 1 de cada 2 adolescentes percibe la relación con el padre de de buena a muy buena, no obstante estos resultados que orientan a pensar que las adolescentes embarazadas tienen en general una percepción de la dinámica familiar favorable, posiblemente sus respuestas tengan la intención de mostrar una imagen socialmente deseable de sus familiares.

### **III ECONOMÍA**

#### **INGRESO FAMILIAR**

Por ser el INPer un hospital de la Secretaria de Salubridad y Asistencia es posible que los datos obtenidos para caracterizar la economía familiar de las adolescentes embarazadas se puedan extrapolar a la descripción económica de la población que acude a estos servicios de salud, en particular al INPer y no solamente a las adolescentes embarazadas, dado que ellas mismas son un sector que caracteriza a dicha población. Teniendo en cuenta esta aclaración nuestros datos indicaron que el ingreso familiar mensual de las adolescentes embarazadas asciende de uno a dos salarios mínimos, específicamente por cada 10 adolescentes embarazadas; 8 estaban en esa situación y de las dos restantes; en una el ingreso es menor y en la otra el ingreso es mayor, es decir, que solamente un 10% de las adolescentes embarazadas tienen un ingreso familiar mensual de mas de dos salarios mínimos.

Por otra parte nos llamó la atención el que prácticamente todas las adolescentes dijeron que son de una a dos personas las que contribuyen al ingreso familiar, esta información nos hace pensar que no solamente el ingreso familiar en general es bajo (de uno a dos salarios mínimos) sino que son pocos los miembros de la familia en quienes cae la responsabilidad de enfrentarla. Mas específicamente, son tres cuartas partes de la muestra total quienes dicen que son el padre, la madre o ambos quienes principalmente aportan el ingreso

familiar, sin embargo, destaca el hecho de que en el grupo 2 este porcentaje se eleva hasta el 88.6%, es decir, que cuando una adolescente embarazada no tiene el apoyo de la pareja, los familiares cercanos, padre, madre o ambos, son quienes asumen la responsabilidad económica de su cuidado. En contraste, en este mismo rubro, el porcentaje desciende a 61.5% en el grupo 1, de adolescentes embarazadas con pareja, aunado a ello este grupo obtuvo un 33% en la opción de otras personas que aportan al ingreso familiar en donde en particular las adolescentes que conformaron este grupo mencionaban; a la pareja y los familiares de la pareja, este resultado indica la tendencia de que cuando la adolescente embarazada cuenta con el apoyo de su pareja pasa gradualmente a formar parte de la familia de esta que termina por hacerse cargo económicamente de la adolescente.

Por último, con la intención de saber si en alguna medida las adolescentes embarazadas contribuían al ingreso familiar les preguntamos si reciben dinero por realizar algún trabajo, en este caso los resultados mostraron que prácticamente estas adolescentes no reciben dinero por realizar algún tipo de trabajo puesto que solamente 8 por cada 100 adolescentes reciben dinero por realizar algún tipo de trabajo, lo cual confirma el hecho de que las adolescentes embarazadas son dependientes económicamente de otras personas.

Por lo tanto con respecto al ingreso familiar, uno de los criterios con los que quisimos caracterizar la situación económica de las adolescentes embarazadas, podemos decir; que son pocas (de una a dos) las personas que contribuyen con el ingreso familiar y en quienes, por ende, recae la responsabilidad económica de la familia, los ingresos de esas personas son escasos (de uno a dos salarios mínimos) y generalmente estas son el padre, la madre o ambos. No obstante, cuando una adolescente cuenta con el apoyo de su pareja parece que la tendencia es que ella se incorpore a la familia de esta, en consecuencia la responsabilidad económica de la adolescente es asumida por la familia a la que se integra. Por último, es claro que la gran mayoría de las adolescentes, cuando están embarazadas, no reciben un ingreso económico por realizar algún tipo de trabajo, por lo que la dependencia económica, ya sea a sus familias o a las familias de sus parejas es evidente.



## VIVIENDA FAMILIAR

Fue una zona de residencia urbana en donde prácticamente vivían todas las adolescentes embarazadas que conformaron la muestra total. Las condiciones de la vivienda familiar de las adolescentes las exploramos a través de varios criterios: el primero de ellos fue la tenencia, en esta parte los resultados nos indicaron que la muestra se divide por la mitad en donde en una de ellas (49.8%) las adolescentes refirieron tener seguridad a propósito de la tenencia de su vivienda porque ya sea que la tienen en propiedad o bien porque están en un proceso de adquirirla ya que actualmente se encuentran pagándola, la otra mitad (50.2%) no expresa esa misma seguridad ya que la vivienda en la que habitan es principalmente prestada, o rentada; un segundo criterio fue preguntar el tipo de vivienda que habitaban, encontrando en este apartado que un poco más de tres cuartas partes de la muestra (77.5%) dijo vivir en una casa o en un departamento, el resto dice vivir ya sea en una vecindad, o en cuartos, o dormitorios.

A propósito de este mismo criterio los resultados entre los grupos de comparación indicaron diferencias entre los porcentajes, de tal suerte que las adolescentes sin pareja: tuvieron un mayor porcentaje de decir que vivían en una casa o en un departamento y un menor porcentaje cuando dijeron que vivían; en una vecindad, cuartos o dormitorios. Esta diferencia en los resultados puede explicarse tomando en cuenta la tendencia observada de que las adolescentes embarazadas sin pareja por lo general se quedan a vivir con sus padres, y así como la familia asume la responsabilidad económica de la adolescente y su producto también las condiciones de vivienda no varían pues son las mismas que tenía cuando no estaba embarazada, en contraste, son las adolescentes embarazadas con pareja las que tienen la posibilidad de cambiar su situación de vida pues como hemos visto estas adolescentes tienden a integrarse a la familia de la pareja no solamente con el único propósito de quedar integradas a esa nueva condición familiar sino, en ocasiones, como un paso intermedio hacia la meta final que será la vida de pareja independiente, este cambio en la situación de la vivienda combinado con la necesidad de tener una vida de pareja independiente de la familia se puede ver expresado en la proporción de que por cada 10 adolescentes embarazadas con pareja, 3 viven en una vecindad, cuartos o dormitorios.

Un criterio para evaluar las condiciones de vivienda de las adolescentes fue preguntar por el servicio sanitario, en donde prácticamente todas contaban con un uso familiar del servicio sanitario, solamente un 10% de la muestra dijo que ese uso del servicio sanitario es colectivo, particularmente del tipo de servicio sanitario dos terceras partes de la muestra refirieron contar con un baño completo mientras el tercio restante solo cuenta con W.C. letrina, fosa séptica, o practica fecalismo al aire libre. También tomamos como criterio el tipo y la toma de agua para evaluar las condiciones de vivienda, con este criterio los resultados indican que en general las adolescentes embarazadas cuentan con una toma de agua familiar, aunque cerca de un 20% el tipo de toma de agua es colectivo, no obstante, llama poderosamente la atención que una de cada cuatro adolescente el tipo de agua a la que tienen acceso no es potable (24.9%).

Es claro, entonces, que la muestra de adolescentes pertenece a una zona de residencia urbana dividiéndose por la mitad con respecto a la seguridad de la tenencia de vivienda donde habitan. De las condiciones de las viviendas que habitan, en general podemos decir que las adolescentes embarazadas; viven en una casa o departamento que cuenta con un servicio sanitario de uso familiar, este servicio sanitario es un baño completo, la toma de agua es familiar y el tipo de agua a la que tienen acceso es potable. No obstante estos resultados, es preocupante que existan mujeres adolescentes embarazadas que tengan como condiciones de vivienda una o varias de las siguientes características; vivir en vecindades, cuartos o dormitorios, con servicio sanitario colectivo, y que el tipo del servicio sanitario sea solamente W.C., letrina, fosa séptica o practiquen el fecalismo al aire libre, con una toma de agua que sea colectiva, y que el agua a la que tienen acceso no sea potable. Estas características de vivienda requieren de una atención integral puesto que con toda seguridad impactan de manera importante el desarrollo y crecimiento tanto del producto por nacer como de la propia madre adolescente.

## **IV SEXUALIDAD INFORMACIÓN**

Por las observaciones que en la práctica clínica hemos hecho al entrevistar a las adolescentes embarazadas notamos que ante la noticia del embarazo generalmente aparece, en una primera reacción, la fantasía del aborto como una posibilidad para hacer frente a esta situación, quizá en un intento por evadir las consecuencias que se derivarán de ello. Esta respuesta motivo que en el cuestionario sobre sexualidad, en el apartado de información, iniciáramos evaluando la percepción que tiene las adolescentes embarazadas con respecto al riesgo que implica la práctica del aborto, los resultados nos indicaron que prácticamente todas las adolescentes embarazadas (9 de cada 10) tienen presente que la práctica del aborto implica riesgo o mucho riesgo. Este resultado fue congruente con la respuesta que dieron cuando se les preguntó concretamente si ellas se practicarían un aborto, la mayoría contestó que no lo haría (92%). Es decir que aun y cuando aparece en la fantasía de las adolescentes embarazadas la idea de abortar en el momento que se enteran del embarazo, la conciencia de que la práctica del aborto implica riesgo y mucho riesgo les permite aceptar que en realidad no quieren practicarlo, solamente 5 adolescentes de cada 100 dijeron que si se practicarían un aborto, aunque claro esta que quienes respondieron así estaban embarazadas.

La edad promedio de aparición de la menarca fue 12.03 +/- 1.42 años en un intervalo de 9 a los 16 años lo cual coincide aproximadamente con la edad promedio nacional según datos oficiales. Aunado a la obtención de estos datos también exploramos si las adolescentes embarazadas habían recibido información sobre la menstruación y la fuente de dicha información, los resultados obtenidos indican que: la mayoría de las adolescentes embarazadas reciben información sobre la menstruación en sus familias (86.8%), no obstante llama la atención que aun hay casi 2 en cada 10 adolescentes que no han recibido esta información en su familia; son mayoría también las adolescentes que han recibido información sobre la menstruación fuera de la familia (89.2%) y aunque la diferencia es pequeña, podemos advertir una ligera tendencia a observar que son mas las adolescentes

que reciben información sobre la menstruación fuera de su familia; prácticamente todas las adolescentes embarazadas (96.7%) recibieron información sobre la menstruación en la escuela, y aunque el porcentaje es alentador no deja de llamar la atención esas casi 3 adolescentes, en 100, que no reciben esta información en la escuela, lo cual revela el hecho de que hay un sector de la población adolescente habitante de zonas urbanas que o bien no tienen la oportunidad de ir a escuela, o los años que cursaron en la escuela no fueron suficientes como para tener acceso a esos contenidos que informan sobre los aspectos básicos de la educación sexual. Por lo tanto es notable que las adolescentes están siendo informadas sobre la menstruación y que las fuentes de esta información, ordenadas según el mas alto porcentaje de adolescentes informadas por la fuente, son; en primer lugar la escuela, después la información recibida fuera de la familia, y por ultimo, lamentablemente, la familia.

Principalmente en el apartado de información sobre sexualidad queríamos saber si las adolescentes recibieron información sexual antes de estar embarazadas, ya sea en la infancia o en la adolescencia, llamo nuestra atención que aunque la mayoría ha recibido esta información existe todavía cerca de un 20% de las adolescentes encuestadas quienes dijeron no haber recibido información sexual en su infancia o en su adolescencia. No obstante en el análisis de los resultados obtenidos en los dos grupos de comparación encontramos una diferencia, ya que en el grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, el porcentaje de no haber recibido información (23.2%) fue mayor que el porcentaje obtenido por las adolescentes sin pareja del grupo 2 (10.9%). Además, como complemento de la pregunta anterior, quisimos saber la manera en que las adolescentes embarazadas evaluaban la información que recibieron sobre sexualidad, a este respecto dos terceras partes de la muestra total evaluó esa información como de buena a muy buena y el resto la evaluó como; insuficiente, mala, muy mala o dieron otra respuesta. Entre los grupos resalto que el grupo 1 de adolescentes embarazadas con pareja, evaluó la información sobre sexualidad; de buena a muy buena en un mayor porcentaje (67.6%) comparado con el grupo 2 (58.4%) y como insuficiente en menor porcentaje (27.9%) respecto del grupo 2 (34.7%). Los resultados de estas preguntas en su conjunto nos sugieren pensar que los grupos de comparación se perfilan de manera diferente en sus respuestas, porque comparadas con el

grupo de adolescentes embarazadas sin pareja, las adolescentes con pareja tuvieron; un mayor porcentaje de no haber recibido información sexual en la infancia o en la adolescencia, aunque la información que recibieron la evaluaron mejor, es decir, obtuvieron un mayor porcentaje de evaluar la información recibida como de muy buena a buena y menor porcentaje de insuficiente, mala o muy mala, lo cual implica que las adolescentes embarazadas con pareja aunque están menos informadas la información recibida la perciben en su mayoría como de buena a muy buena a diferencia de las otras adolescentes que aunque están mas informadas evaluaron esa información en un menor porcentaje como de buena a muy buena. Aunque la diferencia en estas respuestas es mas bien una observación cualitativa, pensamos en la posibilidad de que la calidad en la información sobre sexualidad recibida, influye tanto en las decisiones del ejercicio de la misma así como también en la elección de una pareja que esta dispuesto a asumir las consecuencias de la practica sexual.

Preguntamos sobre las fuentes de donde han recibido información sexual las adolescentes embarazadas, encontrando que: poco mas de la mitad de la muestra total (57.7%) dice haber obtenido los conocimientos de sexualidad en su familia, una diferencia que nos gustaría resaltar es que en particular el grupo de adolescentes embarazadas con pareja había recibido menos información sexual por parte de su familia (1 de cada 2) que las adolescentes embarazadas sin pareja (6 de cada 10). Contestaron afirmativamente a la pregunta de haber recibido información sobre sexualidad fuera de la familia 3 de cada 4 adolescentes embarazadas, es decir, que comparada con la fuente de información familiar las adolescentes están obteniendo en mayor porcentaje información sobre sexualidad fuera de su familia. La escuela fue la fuente de información sobre sexualidad, que en mayor porcentaje informó a las adolescentes (9 de cada 10). Incluimos, también, como fuente de información a la pareja sexual y curiosamente aunque el porcentaje es menor con respecto a la escuela o a la información recibida fuera de la familia, fue mayor comparándolo con el porcentaje obtenido cuando la familia fue una fuente de información, cabe especificar que, como era de esperarse, las adolescentes que al ser encuestadas contaban con el apoyo de una pareja tuvieron un mayor porcentaje de si recibir información sexual mediante esta fuente que las adolescentes que no contaban con el apoyo de su pareja, no obstante, la

proporción de quienes recibieron información por parte de la pareja del grupo de adolescentes sin pareja fue; una de cada dos.

Es evidente que agrupadas jerárquicamente las fuentes de información encuestadas con respecto al mayor porcentaje de cobertura de información sobre la sexualidad en adolescentes embarazadas, el primer lugar lo ocupa la escuela, en seguida la información que es adquirida fuera de la familia, después la recibida por la pareja y por último la familia. Por último esta serie de preguntas nos indica que respecto a las fuentes de información sobre temas sexuales, la familia ocupa un lugar rezagado con respecto a otras fuentes de información, esta situación estaría indicando que aun los temas de sexualidad siguen siendo un tabú para algunas familias de adolescentes, lo cual pudiera estar relacionado con el hecho de que la adolescente no adquiera conciencia sobre su propio desarrollo biológico por lo que al enfrentarse a una situación en donde pueda ocurrir una experiencia sexual no se posea una reflexión anticipada que le permita tomar una decisión al respecto sin correr el riesgo de un embarazo no planeado.

Finalmente se exploró en la parte de información acerca del conocimiento de métodos anticonceptivos dividiendo las posibles respuestas en métodos efectivos y no efectivos, los resultados indicaron que; prácticamente la mitad de las adolescentes embarazadas podía mencionar algún método efectivo (pastillas, condón, DIU, diafragma) y la otra mitad menciona métodos poco efectivos (los naturales, el coito interrumpido) o no sabe mencionar alguno, lo cual implica que la información sobre métodos anticonceptivos que están recibiendo las adolescentes que se embarazan es deficiente no solo por la obiedad de que cuando contestaron nuestra encuesta estaban embarazadas sino también porque de cada dos adolescentes una de ella refiere correctamente algún método anticonceptivo efectivo y la otra no. Esta especificación de la calidad de información que reciben las adolescentes sobre métodos anticonceptivos pone en tela de juicio esa cifra, aparentemente alentadora, de que por cada 10 adolescentes embarazadas 8 habían dicho que en la primera relación sexual conocían algún método anticonceptivo, puesto que la mitad de ellas conocía métodos anticonceptivos poco efectivos por lo que están quizá mas próximas a ese 20% de adolescentes que no conocían un método anticonceptivo cuando tuvieron su primera relación sexual.

## CREENCIAS Y ACTITUDES

La encuesta sobre sexualidad que diseñamos contemplo preguntas que dieron indicios a cerca de las creencias y las actitudes hacia la sexualidad que poseen las adolescentes embarazadas que entrevistamos y sobre las cuales reflexionaremos ahora. En primer lugar, nos dimos a la tarea de explorar que tan arraigada estaba, en la conducta de las adolescentes, la actitud de hablar con sinceridad y franqueza de sexualidad con la familia, encontramos; que un poco mas de la mitad de ellas afirmaba hablar con su familia sobre sexualidad con sinceridad y franqueza solo pocas o algunas veces, concretamente por cada 10 adolescentes; 5 dicen hablar poco o algunas veces, 3 no hablan con sus familiares, y las 2 restantes dieron otro tipo de respuesta. En el caso particular del grupo de adolescentes con pareja presentaron un porcentaje mayor de no hablar con los familiares (32.1%) en comparación con las adolescentes embarazadas sin pareja (20.8%).

Con la intención de saber si las adolescentes tienen una adecuada comunicación sobre temas de sexualidad con la pareja también exploramos la actitud de hablar con sinceridad y franqueza con ella sobre este tema, en las respuestas a esta pregunta se corrobora la idea de que las adolescentes que cuentan con el apoyo de la pareja durante su embarazo han hablado mas sobre sexualidad con sus parejas, puesto que en las respuestas por grupo, naturalmente, las que tienen pareja, hablan más frecuentemente con ella (37.5%) que las adolescentes que no tienen pareja (17.8%), no obstante, para el total de la muestra aproximadamente una de cada dos adolescentes dice habar de temas sexuales con su pareja pocas o algunas veces (54%).

Finalmente exploramos la misma actitud de hablar con sinceridad y franqueza sobre la sexualidad pero con los amigos, en estas respuestas los resultados indicaron que de cada 10 adolescentes; una lo hace con frecuencia, 5 de ellas hablan poco o algunas veces, y 4 no lo hacen, también en este reactivo las adolescentes con pareja tienen un porcentaje mayor de no hablar con los amigos (42%) comparadas con las que no cuentan con una relación de pareja (34.7%). En conclusión podemos decir que las adolescentes no suelen tener la actitud de hablar con frecuencia acerca de temas sexuales pues, ya sea con la familia, la pareja, o los amigos, solo una de cada dos reporta hablar con sinceridad y franqueza de

sexualidad de pocas a algunas veces, aunque las adolescentes que dijeron hablar de sexualidad con frecuencia principalmente lo hacen con la pareja, en segundo lugar con la familia y por último con los amigos.

Una de las actitudes que demuestra un paso más en el desarrollo del adolescente es el traslado del afecto depositado en los objetos de amor familiares a los objetos de amor extrafamiliares, dicho paso se materializa por el inicio de las relaciones interpersonales con personas, de ambos sexos, que poco a poco se convierten en significativas. El traslado afectivo a los nuevos objetos de amor tiene un proceso en donde la expresión de ese afecto va desde un amor vivido en la fantasía (principalmente asociado a la idealización de la pareja), hasta el amor maduro, que implica la adecuada percepción de las características de la persona amada. Iniciar una relación amorosa formalizada, como lo es el noviazgo, hace evidente este traslado afectivo, demostrando que el desarrollo de la identificación psicosexual tiene una franca orientación hacia el sexo contrario. Tomando en cuenta esta reflexión preguntamos a las adolescentes embarazadas la edad que tenían cuando tuvieron su primer novio, el promedio fue de 12.74 +/- 1.18 en un intervalo de 11 a 15 años, ello quiere decir que las adolescentes que se embarazaron iniciaron una relación de noviazgo poco antes de cumplir los 13 años de edad, de hecho 3 de cada 4 tuvieron su primer novio antes de cumplir 14 años, época en que las adolescentes cursan los años escolares de la educación secundaria. Con la intención de entender la manera en como las adolescentes creen que deben ser las relaciones entre los novios les preguntamos por el tipo de actividades sexuales que consideraban pueden realizar con ellos, llamándonos la atención que aunque todas las adolescentes que entrevistamos están embarazadas y por esa situación es evidente que tuvieron relaciones sexuales con su pareja, solamente 2 de 10 adolescentes contemplaban desde el inicio de su noviazgo las relaciones sexuales, el resto de ellas dieron diferentes respuestas cuya característica principal era no contemplar el coito en la relación.

De acuerdo a lo anterior y profundizando en las creencias y actitudes que acompañan la vivencia del inicio de la conducta sexual preguntamos por la edad que tenían cuando por primera vez experimentaron una relación sexual, obteniendo un promedio de edad de 14.82 +/- 1.13 en un intervalo de 12 a 17 años. Si tomamos en consideración tanto este resultado



como la edad promedio que tenían cuando tuvieron su primer novio, podríamos pensar que, en promedio, las adolescentes embarazadas aproximadamente dos años después de haber tenido su primer novio están iniciando su vida sexual activa. No obstante, les pedimos nos precisaran; después de cuanto tiempo de ser novios tuvieron la primera relación sexual, y nos respondieron en una proporción de 10, 6 de ellas tuvieron la primera relación sexual antes de cumplir el primer año, (una de ellas dentro del primer mes, 5 entre el primer mes y antes de cumplir un año), las cuatro restantes después de haber cumplido un año de noviazgo, resultado que indicaría que un poco más de la mitad de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual antes de cumplir el primer año de noviazgo.

Para comprender más de la vivencia del inicio de las relaciones sexuales indagamos tres de las principales razones por las que en general se piensa que una adolescente inicia vida sexual, las respuestas de las adolescentes embarazadas a este grupo de preguntas nos llevaron a pensar que si bien es cierto no sabemos con certeza porque tuvieron relaciones sexuales, si podemos decir que no las tuvieron; ni porque las necesitaran afectivamente (7 de cada 10), ni porque quisieran complacer la petición del novio (84.4%) y mucho menos porque fueran obligadas (97.7%).

En esta indagación sobre las creencias y actitudes hacia la sexualidad en general y en particular hacia el inicio de la vida sexual activa, les preguntamos a las adolescentes acerca de la experiencia que tuvieron en su primera relación sexual, sus respuestas nos llevan a pensar que la mayoría de las adolescentes embarazadas, en el inicio de su vida sexual, asumen una actitud de aceptación de la práctica sexual porque su experiencia en el primer contacto incluye sensaciones que van de agradables a muy agradables (8 de cada 10). También, en esta parte, sus respuestas nos indicaron que la vida sexual se restringe a solo una pareja ya que cuando preguntamos por el número de parejas sexuales que habían tenido, la mayoría (88.7%) dijo haber tenido solo una pareja sexual, aun y cuando en el 11.3% restante hubo casos de 2 y hasta 9 parejas sexuales. Con el propósito de indagar la estabilidad en la relación de pareja les preguntamos a las adolescentes si aun tenían relaciones amorosas con la persona que tuvieron su primera relación sexual, las respuestas indicaron que en una proporción de 10, 6 dijeron que si y 4 que no, lo cual implicaría que

mas de la mitad de las adolescentes han tenido esa estabilidad en su relación de pareja, no obstante, hay que tomar en cuenta que prácticamente la mitad de las adolescentes que conformaron la muestra, para este estudio, eran adolescentes embarazadas que contaban con el apoyo de su pareja, hecho que matiza este ultimo resultado.

El uso adecuado y efectivo de métodos anticonceptivos en la practica sexual implica, en cierto sentido, que la persona que así los utiliza tiene; tanto un deseo explicito de esa practica como una actitud saludable a cerca de ella. Por ello preguntamos a las adolescentes embarazadas acerca de su conducta respecto del uso de métodos anticonceptivos en su experiencia sexual, los resultado mostraron que: solamente una de cada dos adolescentes tuvo una conducta concreta dirigida a evitar el embarazo en la primera relación sexual, sin distinguir si el método utilizado era o no seguro; con respecto a la pareja un poco mas de la mitad de sus compañeros (6 de cada 10) tuvieron esa conducta concreta de evitar el embarazo, y aunque nos vemos orientados a pensar que hay una cierta inclinación, en la primera relación, a dejar la responsabilidad de las decisiones de anti-concepción a la pareja, la proporción de adolescentes, o sus parejas, que tienen una actitud responsable todavía deja mucho que desear; de las que utilizaron algún método en su primera relación por cada 10, 6 de ellas emplearon métodos seguros como las pastillas y el condón y 4 métodos inseguros como el coito interrumpido y el ritmo; en las siguientes relaciones menos de la mitad siguieron utilizando métodos anticonceptivos (de cada 4, 3 emplearon métodos seguros y una utilizo métodos inseguros); en la relación que tuvieron cuando quedaron embarazadas la mayoría no se cuidó (79.8%) y las razones que dieron por las cuales no habían utilizado métodos anticonceptivos para evitar este embarazo fueron, 38% por descuido, por miedo o porque no sabía que método utilizar, 24% pesaba que no saldría embarazada y el 37% restante o no contesto o dio alguna otra respuesta.

Es decir, en esta última serie de preguntas encaminadas a evaluar las actitudes que tienen las adolescentes que se embarazan respecto de la practica sexual, sus respuestas nos indican que al inicio de la vida sexual parece que existe una cierta conciencia de los riesgos que implica una sexualidad sin protección dado que la mitad de la muestra tuvo una conducta que indicaba la intención de cuidarse de quedar embarazada en la primera relación

(hablamos de intención de cuidarse porque en este resultado se incluyen a las adolescentes que emplearon métodos inseguros de anticoncepción), pero a medida que fue avanzando la vida sexual se fue disminuyendo el porcentaje de las adolescentes que hacen algo por evitar salir embarazadas, aunque no sabemos que es lo que pasa con esa tendencia de dejar la responsabilidad del cuidado de la anticoncepción al varón como lo observamos en la conducta que ellos tuvieron en la primera vez. Entonces nos parece obvio pensar que cada vez que las adolescentes tienen una practica sexual sin protección y no quedan embarazadas se va reforzando la conducta de no protegerse, quizá derivada de la reflexión de que si no ha pasado nada antes no tiene por que pasarles después, mas allá de que esta reflexión pueda ser calificada de irresponsable nos parece que refleja una actitud inmadura en el sentido de no poseer todos los recursos psicológicos para enfrentar la responsabilidad que implica decidir iniciar una vida sexual activa, ello nos parece evidente tanto porque para la vez que quedaron embarazadas prácticamente la mayoría de las adolescentes ya no se estaban cuidando, pues solamente 2 de 10 hizo algo para evitar este embarazo, como por los argumentos que dieron para justificar el no haberse cuidado.

Por último, con la intención de indagar que tan próximo, o esperado, es para las adolescentes embarazadas que entrevistamos el hecho de un embarazo a temprana edad dentro de su contexto socio-cultural y familiar, les preguntamos si alguna persona cercana a ellas se había embarazado antes de los 18 años; por cada 10 adolescentes habían 5 quienes mencionaron tener una persona cercana a ellas que se embarazo antes de los 18 años incluyendo a la madre, a la hermana, o ha otra persona cercana, 3 dijeron que no y 2 no contestaron esta pregunta. Es decir, por lo menos en el 50% de las adolescentes embarazadas que conformaron la muestra del estudio habían presenciado un embarazo a temprana edad (antes de los 18 años) dentro de su circulo socio-cultural y familiar mas cercano, por lo tanto podemos pensar que si aparece un nuevo embarazo temprano en esa comunidad es posible que con relativa facilidad sea admitido y tolerado.

Para concluir con la discusión del apartado de sexualidad nos permitimos una reflexión final a propósito de la educación sexual y su impacto en la comprensión de la misma en la población adolescente. A pesar de la obviedad que la sexualidad es una parte fundamental en la preservación de la especie humana, no nos es desconocida la diferencia tan amplia,

casi abismal en ocasiones, que existe entre; la información que se posee sobre ella, lo que se cree, y lo que se hace con ella. Decir que lo anterior es una generalidad podría ser una exageración, ya que el tema de la sexualidad ha sido y es ampliamente tratado desde las tres diferentes ópticas que estudian al ser humano; biológica, psicológica y social. Sin embargo, no cabe la menor duda que dependiendo de los diferentes estadios del desarrollo humano se condiciona la aproximación y la práctica que se tengan respecto de la sexualidad, de tal forma que no será lo mismo la sexualidad durante; la infancia, la adolescencia, la edad adulta, y la vejez. De hecho baste como ejemplo mencionar que la importancia que tiene en la construcción de la realidad psíquica y la motivación humana la impulsividad sexual, ha quedado ampliamente plasmada en la construcción de la teoría psicoanalítica desde los inicios del siglo pasado.

En el campo de la psicología se sabe que, con independencia del grado de dificultad en la información, todo contenido de aprendizaje puede ser aceptado o rechazado dependiendo del vínculo subjetivo que se tenga con ese contenido. Es inobjetable que si una persona esta motivada por cualquier razón personal para escuchar sobre algún tema específico, voluntariamente estará atenta a esa información y tendrá toda una conducta dirigida a buscarla y encontrarla; pero, por el contrario, si una persona ante una circunstancia conflictiva necesita de información para poder enfrentarla, esta información puede generar malestar debido a que esta ligada a una conflictiva que representa sufrimiento, entonces posiblemente opere, de manera inconsciente, un mecanismo psicológico que aminore la angustia del sujeto preparándolo así para recibir la información postergando la comprensión plena de la misma en el entendido del argumento defensivo del sujeto de: “si no escucho esa información o no la entiendo no me veo afectado por ella”. Ejemplo de lo anterior ocurre cuando se reciben noticias catastróficas como la muerte de familiares queridos, el anuncio de poseer alguna enfermedad grave o terminal, incluso en cambios biográficos en la vida como enfrentar un proceso de divorcio, etc.

El argumento anterior nos permite sostener la idea de que la asimilación de los contenidos informativos sobre la temática sexual puede estar determinada por el momento específico del desarrollo en el cual se tiene acceso a ella, en nuestro caso la época de la adolescencia. Por ello pensamos que el diseño de programas de educación sexual dirigidos especialmente

a la población adolescente debe tomar en cuenta los momentos de maduración psicológica, a lo largo del periodo adolescente, que implican resolver conflictos específicos, en el entendido de que no serán las mismas metas psicológicas a alcanzar, por ejemplo, en la preadolescencia, en la adolescencia temprana, en la época propiamente adolescente, o incluso en la parte tardía de la adolescencia.

Aunque idealmente para cuando se presenta la adolescencia una persona debería poseer información sexual pertinente para enfrentar este periodo, una vez iniciado el cambio en las características sexuales primarias y secundarias que precipitan la modificación del cuerpo, la información sexual cobra una dimensión distinta justamente porque las modificaciones corporales adquieren relevancia en la vida psíquica del adolescente. Esta mutación corporal se acompaña de sensaciones novedosas que en conjunto motivaran al sujeto a buscar información, tanto formal como informal, en dirección a resolver, de alguna manera, las inquietudes derivadas tanto de la adaptación al nuevo cuerpo como de la impulsividad sexual emergente.

Pensemos, por ejemplo, en la situación hipotética, aunque no remota, de un adolescente que durante la noche se masturba por primera vez movido por una imperiosa necesidad que desconoce y a consecuencia de ello experimenta una sensación placentera, también desconocida, derivada de la primera eyaculación. Esta situación, naturalmente esperada, tiene efectos en la vida psíquica del adolescente y puede influir en su orientación a recibir información sexual dependiendo de una variedad de circunstancias que deben tomarse en cuenta, como el hecho, lamentablemente aun común, de que en la casa del adolescente el tema de la sexualidad estuviera proscrito y por eso mismo, evidentemente, la comunicación con sus padres no haya sido fluida respecto al tema, dejando como consecuencia secuelas de inseguridad y dudas. Si bajo la situación descrita, a la mañana siguiente, en la escuela, se revisaran por primera vez temas de sexualidad, que incluyan la masturbación, entonces, podrá ocurrir que la orientación del adolescente hacia la información que estará recibiendo por la mañana sea francamente negativa en el sentido del aprendizaje y defensiva en el sentido psicológico, lo cual le llevará a tomar distancia de ella mediante comportamientos evitativos como lo son; la apatía, el aburrimiento, la distracción, con la intención no conciente de protegerse del contenido que en ese momento le es angustiante justamente por

encontrarse viviendo un conflicto entre la experiencia vivencial de las nuevas sensaciones y el juicio moralizante a cerca de ello. Si agregamos a esta situación, ya por si misma complicada, que la manera en como se esta transmitiendo la información sexual implica un mensaje de prohibición en su ejercicio por considerar que la práctica sexual acarrea consecuencias amenazantes para la salud física, emocional o bien espiritual, entonces ante tan compleja situación definitivamente la actitud hacia la información sobre sexualidad, por parte del adolescente, será de evitación o de franco rechazo. En el panorama opuesto se tendría al adolescente que tiene una formación diametralmente distinta al caso presentado, por lo que al tener que enfrentar la misma situación de vida, su historia de crecimiento y desarrollo le permite estar seguro y por lo tanto tener una posición de apertura y curiosidad ante la información sobre sexualidad, de tal suerte que podrá ser, también, critico y plantear libremente las preguntas que resuelvan tanto sus dudas como su curiosidad.

Aún y cuando sabemos, con certeza, que los cursos con la temática de la sexualidad para informar a la población adolescente cada vez mas tienen, de fondo, una mejor preparación tanto de en los contenidos como en la forma cómo se presenta el material, debemos reconocer que todavía, en muchas partes, la presentación formal a la población adolescente de los temas sexuales tiene una marcada orientación de carácter tradicional que implica un juicio moral impidiendo así que la información sea; expedita, precisa, clara y libre de esa carga valorativa.

Por lo anterior proponemos que una información diseñada con la intención de transmitir en forma efectiva los conocimientos sexuales a la población adolescente tendrá que tomar en cuenta, antes de su diseño, la posibilidad de evaluar la población a la cual será dirigida la información, con el propósito de tener claridad a cerca de la etapa específica del desarrollo adolescente en la cual se encuentra para saber bajo que condiciones, los adolescentes, se dispondrán inicialmente hacia los temas de la sexualidad. Conociendo ese contexto psicológico se podrán tomar decisiones respecto de los contenidos de la información y la manera en que deben presentarse, obviamente cerciorándose de que tanto el expositor como los contenidos estén libres de una carga valorativa o ideológica, voluntaria o involuntaria.

Nuestra propuesta puede parecer ambiciosa, por la cantidad de recursos que se necesitan para llevarla a cabo, sin embargo, pensamos que la evaluación de tales aspectos permitirían el diseño de programas de información sexual mas efectivos para que el conocimiento adquirido contribuya a la maduración psicológica que más adelante permitirá una aproximación saludable; desde el aspecto físico, garantizando en ello el respeto, cuidado y protección del cuerpo, en particular de los genitales, así como desde el aspecto psicológico. Así mismo una información planeada permite que cuando aparezca, en la vida del adolescente, la oportunidad de un momento en donde se encuentre con la sexualidad, ya que este momento siempre llega, se pueda aproximar a ella en un acto psicológico de elección, es decir, teniendo plena consciencia del paso que se esta dando para favorecer que la vivencia de ella le permita el crecimiento personal en el sentido de que a través de la sexualidad se experimente una forma de expresión; de sentimientos como el amor y la compañía, del ejercicio de la capacidad de dar, de la capacidad de recibir, en fin de la capacidad de entregarse de manera comprometida a la búsqueda de la satisfacción sexual plena y compartida.

No dejamos de reconocer que esta última descripción tiene un halo un tanto idealista, empero si no tomamos algún parámetro para poder guiar a los adolescentes a un encuentro con la sexualidad, que les permita la experiencia del crecer con un amplio sentido del respeto por el propio cuerpo como del de la pareja sexual, seguiremos escuchando historias de adolescentes que inician su vida sexual con angustia, con poca conciencia de los actos ejecutados, sin la idea conciente y prioritaria de eso mismo; iniciar su vida sexual. Si no se planean programas efectivos de información sexual seguiremos, también, reconociendo en los relatos de las adolescentes esa tendencia a satisfacer una serie de necesidades creadas por las situaciones histórico afectivas personales, convirtiendo así la práctica sexual desde su inicio en un instrumento de cambio a través del cual, aparentemente, se satisfacen las necesidades originadas en un pasado conflictivo que ha dejado la sensación; de querer compañía, de ser protegida, ser amada. De tal suerte que la entrega sexual motivada de esta forma obstruye la obtención del bienestar psicológico y afectivo mediante una práctica sexual saludable que busque tanto el placer sexual como la compañía amorosa.

## SEGUNDA PARTE

En esta segunda parte se discuten los resultados del análisis de estadística inferencial que comparó: por un lado, los estilos de enfrentamiento de las adolescentes embarazadas, con las respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, y de depresión; por otro lado, el criterio tomado para un segundo análisis fue contar o no con una relación de pareja estable, quedando formados los dos grupos de comparación (grupo 1; de adolescentes embarazadas con pareja, grupo 2; adolescentes embarazadas sin pareja), estos grupos también fueron comparados con respecto a la respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, y depresión.

Antes de la discusión de la segunda parte de los resultados es importante señalar que la muestra quedó constituida: respecto del estilo de enfrentamiento, en cuatro grupos de comparación cada uno de ellos formado por un particular estilo de enfrentamiento. Los resultados sugieren, según este criterio, que: la mayoría de las adolescentes tienen un estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema (57%); aproximadamente 2 en 10 adolescentes tienen como estilo de enfrentamiento la búsqueda de ayuda externa; tanto el enfrentamiento dirigido a las emociones (16%) como el enfrentamiento de tipo evitativo (7%) fueron utilizados en un menor porcentaje.

Con respecto del criterio de contar o no con una relación de pareja estable, se formaron dos grupos; el primero con el 53% de las adolescentes embarazadas, quienes dijeron que tenían una relación de pareja, al momento de realizar la encuesta, y el segundo, con el 47% restante que dijo no contar con el apoyo de la pareja. De tal suerte que la muestra, aunque el propósito al capturarla no fue equilibrarla con respecto a la situación de pareja, quedó prácticamente dividida por la mitad. Pudiera pensarse, entonces, con estos datos, que al quedar embarazadas las adolescentes, la mitad tendrá el apoyo de la pareja, y que más de la mitad tendrá un estilo de afrontamiento dirigido a las solución del problema.

Distinguimos, con respecto a los instrumentos de evaluación (ansiedad, depresión y auto concepto) empleados en este trabajo: por una parte, a las adolescentes que rebasaron el



punto de corte marcado por los instrumentos de ansiedad y depresión, indicando con ello que la adolescente posee esa característica emocional convirtiéndolas en casos de ello; por otra parte, también distinguimos con respecto al auto concepto, los puntajes sumergidos (puntajes bajos) en las dimensiones que evalúa el instrumento ya que estos indican una merma del auto concepto en la dimensión evaluada.

Por el inventario de ansiedad sabemos que tanto en la dimensión de ansiedad rasgo (30%) como en la dimensión de la ansiedad estado (34%), aproximadamente una de cada tres adolescentes embarazadas posee este tipo de sintomatología, lo cual implica que esta proporción de adolescentes deben ser consideradas como un caso de ansiedad por lo que se tendrá que hacer una evaluación clínica mas específica para conocer su gravedad y decidir su canalización a una intervención psicoterapéutica adecuada y oportuna.

En el caso de la escala de medición de la depresión la proporción encontrada fue de 4 adolescentes embarazadas por cada 10, quienes presentan suficientes síntomas para ser consideradas como un caso probable de depresión y que por poseer esa característica, también tendrían que ser sujetas a una evaluación clínica mas específica para su canalización a tratamiento psicoterapéutico. En un primer acercamiento hacia la toma de decisiones para la atención psicológica de la paciente adolescente embarazada, estos datos sugieren la proporción de adolescentes que pudieran presentar este tipo de sintomatología emocional asociada a su embarazo y son quienes deberán ser evaluadas detenidamente con el propósito de detectar, dependiendo de la gravedad de la sintomatología, a las adolescentes que requieren, sin lugar a dudas, de una intervención psicoterapéutica especializada.

En lo que respecta a la evaluación del auto concepto en poblaciones de adolescentes, sabemos de antemano que, comparadas con otras, por lo general obtienen puntajes bajos en su perfil, debido en gran parte a la etapa de transformación bio-psico-social que el periodo adolescente representa. No obstante ello es importante evaluar las dimensiones del auto concepto en poblaciones específicas de adolescentes como es el caso de las que se embarazan. En nuestro estudio la aplicación de la EAT, nos muestra una proporción

aproximada de que por cada 4 adolescentes embarazadas 1 presenta como escala sumergida alguna de las siguientes dimensiones del auto concepto: R1 identidad (23%); R3 conducta (24%); CB yo ético moral (25%); CD yo familiar (25%); CE yo social (25%). En el resto de las dimensiones del auto concepto que evalúa el instrumento también se presentaron escalas sumergidas en los siguientes porcentajes; R2 auto satisfacción (14%), CA yo físico (10%), CC yo personal (19%).

Sabemos, entonces, que la adolescencia y también el embarazo, en particular si éste es de alto riesgo, son dos condiciones que se han asociado con perfiles bajos en el auto concepto. Siendo precisamente estas las características de la muestra de estudio esperábamos, en ella, una proporción que reflejara un sentimiento de incomodidad con respecto a la manera en como las adolescentes embarazadas se describen a si mismas (recordando que los puntajes bajos en las dimensiones del auto concepto significa una merma en la dimensión evaluada). Tomando en cuenta el perfil obtenido al evaluar el auto concepto en las adolescentes embarazadas, en particular las primeras escalas sumergidas presentadas (R1, R3, CB, CD, y CE), consideramos tres puntos de reflexión a partir de estos resultados:

El primer punto de reflexión, a propósito del perfil encontrado en la EAT, lo tomamos del renglón que evalúa la identidad (R1), debido a que una de las metas importantes para conseguir la madurez al finalizar el periodo adolescente es hacer frente al fenómeno psicológico de la identidad que comúnmente se expresa en dar respuesta a la pregunta de “¿quien soy yo?”. El porcentaje sumergido observado en este renglón (R1) pudiera estar indicando que esta proporción de adolescentes embarazadas no ha conseguido consolidar una identidad básica, es decir, posiblemente aún no concluyan con esta meta de maduración y por lo tanto cuando se les pide que se describan a si mismas no se sienten satisfechas con la forma en que lo hacen y por ende tampoco se sienten satisfechas en la manera en como se auto perciben. Por ello, desde el punto de vista asistencial, el fenómeno psicológico de la identidad es un aspecto que debe ser tratado psicoterapéuticamente con las adolescentes embarazadas que manifiesten un sentimiento de insatisfacción consigo mismas cuando se les pide auto describirse, pero desde un punto de vista preventivo habría que considerar también que si un adolescente, cualquiera, manifiesta esta misma insatisfacción debería ser

candidato para ser evaluado psicológicamente con el propósito de pronosticar si esta teniendo una forma de actuar que le impida evaluar los riesgos que puede correr, como en el caso que nos compete de una sexualidad sin una actitud de protección efectiva.

Para el segundo punto de reflexión sobre perfil de auto concepto, tomamos en cuenta dos escalas: por una parte, la dimensión que evalúa la percepción del propio comportamiento (R3) en el sentido de la percepción individual que se tiene de la manera en como se funciona, en términos generales los puntajes bajos en esta dimensión indican que los sujetos no se sienten satisfechos con la manera en como han actuado; por otra parte, tomamos la dimensión que evalúa la descripción de si mismo desde un marco de referencia ético moral, de valores morales y del sentimiento de ser una “buena o mala” persona (CB), aquí los puntajes bajos indican insatisfacción en esta dimensión. En consecuencia, la combinación de los puntajes bajos en estas escalas nos puede estar indicando que las adolescentes embarazadas no se sienten satisfechas con la manera en como se han comportado, al parecer porque su forma de actuar a transgredido las normas ético morales aprendidas. Lo anterior puede ser ejemplificado específicamente en el comportamiento sexual, no exactamente por el inicio y práctica de la vida sexual, que regularmente se inicia con el desconocimiento de los familiares debido a la consciencia de que una practica sexual fuera del matrimonio es transgredir la normatividad moral bajo la cual sexualidad esta socio culturalmente permitida, sino porque la practica sexual de la adolescente ha quedado evidenciada por el embarazo, luego para su contexto socio familiar no queda ninguna duda de que la adolescente ha transgredido esa normatividad ético moral mediante la práctica “clandestina” de su sexualidad, que ahora ha quedado descubierta, condicionando de esta forma ese sentimiento de insatisfacción, reflejado en los puntajes bajos de estas dos escalas, a propósito de haber tenido una conducta sexual que faltó a esa normatividad moral aprendida.

La tercera reflexión parte de los puntajes bajos obtenidos en las escalas que evalúan las dimensiones del yo familiar (CD) y del yo social (CE). La primera, el yo familiar, evalúa el sentimiento de adecuación y valía como miembro de una familia, se refiere a la perspectiva individual de si mismo respecto a su circulo de asociación mas próximo e inmediato, los

puntajes bajos obviamente reflejan una insatisfacción con respecto a esta dimensión; la dimensión del yo social evalúa, también, el sentido de adecuación de la persona y su valía pero con respecto a la sociedad en la que interactúa con otras personas, es decir, se refiere a ese sentimiento de valía con respecto a la relación con los otros pero partiendo de los otros de forma más general, también los puntajes bajos en esta escala refleja insatisfacción en esta dimensión. La combinación de ambas escalas nos recuerda ese periodo maduracional en que los adolescentes van paulatinamente cambiando el interés en las actividades de la propia familia por un interés creciente en las actividades extra familiares. En un desarrollo normal evolutivo de la adolescencia, esta transición típica de lo familiar a lo extra familiar provee al adolescente de sentimientos de satisfacción pues con ello poco a poco va adquiriendo autonomía. Sin embargo, los resultados de esta investigación sugieren que en algunas adolescentes embarazadas esta situación se altera dado que los puntajes bajos en las escalas estarían indicando que, estas adolescentes, no se sienten satisfechas ni como pertenecientes a su familia de origen ni como miembros de la sociedad a la que pertenecen, una explicación plausible para estos resultados se puede encontrar en que al quedar embarazadas ellas han recibido el repudio de la familia pues han “fallado a la moral familiar” y también la sociedad les repudia en el mismo sentido, así que quizá en este momento transitorio de maduración este grupo particular de adolescentes embarazadas han quedado atrapadas entre ambos repudios y por lo tanto se sientan insatisfechas por partida doble, lo cual seguramente contribuye a acentuar esos sentimientos de ansiedad y depresión anteriormente descritos. Aunque debemos también contemplar la posibilidad de que el sentimiento de inadecuación en las esferas de lo familiar y lo social en realidad estuviera presente antes del embarazo como resultado de esa transición maduracional del periodo adolescente que con el embarazo se interrumpe, acentuando tanto el sentimiento socio familiar de inadecuación como el estado emocional alterado.

## **ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO**

Nos queda claro que no todas las adolescentes que se embarazan requieren de una asistencia psicológica especializada pues, como en cualquier población, las adolescentes poseen diferentes recursos psicológicos para enfrentar la situación de embarazo, de hecho

es el empleo de recursos psicológicos específicos los que distingue a las adolescentes embarazadas que logran una adaptación saludable ante su situación de las que no lo logran. En el afán de distinguir la manera en como se enfrenta la situación de embarazo evaluamos 4 estilos de enfrentamiento a saber; dirigido al problema, búsqueda de ayuda externa, dirigido a las emociones, y evitativo.

La primera comparación que discutimos es la que se dio con las respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto de Tennessee, fueron tres las dimensiones del auto-concepto las que diferenciaron a las adolescentes embarazadas según el tipo de enfrentamiento empleado; la auto satisfacción, la conducta, y el yo ético moral. Cada una de ellas merece una reflexión a considerar, antes es importante recordar que los puntajes bajos en la prueba de auto concepto significan una merma en la dimensión evaluada y puntajes altos una condición óptima.

Al evaluar el auto concepto de las adolescentes embarazadas identificamos a un grupo que se caracterizo por sentirse insatisfechas consigo mismas al referir su auto concepto (puntajes bajos en la escala de autosatisfacción R2) y que tendieron a enfrentar las situaciones estresantes buscando ayuda externa. Es decir, que al parecer cuando a una adolescente su auto percepción le conduce a sentirse insatisfecha consigo misma puede tener la tendencia a no sentirse capaz de enfrentarse a situaciones de manera autónoma e independiente porque al tener que tomar decisiones para resolver las vicisitudes que debe enfrentar le invade un sentimiento de inseguridad, por lo tanto recurrirá a buscar ayuda externa. En ello puede existir un problema; saber que si la persona a quien la adolescente le confiere la autoridad para ayudarla es en efecto capaz de favorecer, al mismo tiempo, tanto la solución de la situación aguda de conflicto que la adolescente debe enfrentar y por la cual pide ayuda externa, como contribuir a que el proceso de maduración de la adolescente se reestablezca llevándola a la toma de decisiones autónomas que acierten en la solución de sus problemas y en una capacidad adaptativa saludable.

La dimensión de conducta (R3) evaluada por la escala de auto concepto nos permitió distinguir en las adolescentes embarazadas tanto a quienes se sienten satisfechas con la manera en como conductualmente han funcionado (puntajes elevados) como a las que se

sienten insatisfechas con la manera en como han actuado (puntajes bajos). En ambos casos también pudimos distinguir el estilo de enfrentamiento empleado. Las adolescentes embarazadas que mediante sus respuestas revelaron que no se sentían satisfechas con su manera de actuar o bien buscaban ayuda externa (al igual de las adolescentes que se sienten insatisfechas consigo mismas) o bien la forma de enfrentar la dirigían a sus emociones, mientras quienes si se sienten satisfechas en como conductualmente han actuado enfrentan las situaciones dirigiéndose a la solución del problema. Esto indica, pues, que cuando una adolescente embarazada no confía en su manera de actuar al enfrentar situaciones estresantes; o bien, tiende a solicitar ayuda externa quizá advirtiendo su incapacidad conductual y confiando más en los otros, o bien, opta por buscar calmar sus emociones, es decir, atender primero a su respuesta emocional frente al evento antes de buscar resolver la situación. Empero, cuando la adolescente embarazada confía en su manera de actuar enfrenta las situaciones estresantes dirigiéndose a la problemática y centrándose en resolverla.

Los puntajes bajos en la dimensión del yo ético moral (CB) que evalúa la escala de auto concepto revelan que no hay una adecuada percepción de si mismas a partir del propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, en el caso de las adolescentes embarazadas que así se auto describieron se asocio tanto el uno del estilo de enfrentamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa como al enfrentamiento dirigido a las emociones. Por otra parte, las adolescentes embarazadas que tuvieron puntuaciones normales en la columna del yo ético moral, es decir, una adecuada definición de si mismos con respecto a su propio marco de referencia ético moral, se asocio el empleo del estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema. Esto resultados nuevamente revelan que los estilos de enfrentamiento de búsqueda de ayuda externa y el dirigido a las emociones, son empleados por las adolescentes que tienen una merma en la auto percepción, en este caso de su marco de referencia ético moral, probablemente porque estas adolescentes se juzgan infractoras de las normas morales que han aprendido, en particular la conducta sexual pues el embarazo la evidencia por esta razón al enfrentar situaciones estresantes dan prioridad tanto a calmarse emocionalmente como a pedir ayuda de una persona externa. En contraste, las adolescentes embarazadas quienes no tienen un conflicto en esta dimensión,

una adecuada auto percepción, pueden, al tener que enfrentar situaciones estresantes orientarse a la solución del problema por si mismas.

También fueron comparados los distintos estilos de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas con los resultados obtenidos en los instrumentos de medición de la ansiedad y la depresión. En este análisis se encontraron diferencias tanto en la dimensión de ansiedad rasgo, así como en la escala de auto medición de la depresión.

Con respecto a la ansiedad rasgo; por una parte, encontramos que cuando una adolescente embarazada rebasaba el punto de corte marcado por el instrumento, lo cual implica ser un caso de ansiedad rasgo, los estilos de enfrentamiento empleados en las situaciones estresantes fueron la búsqueda de ayuda externa y el dirigido a las emociones.

Estos resultados nos llevan a pensar en ese grupo de adolescentes embarazadas que se han caracterizado por presentar permanentemente una situación emocional comprometida (ansiedad rasgo) y que ante una situación estresante tienden; tanto a dirigir sus esfuerzos en atender su estado emocional como a buscar ayuda externa, lo primero en un intento por encontrar una tranquilidad que necesitan, lo segundo por la sensación de incapacidad para resolver su problemática considerando que su estado emocional les hace percibir sus recursos psicológicos como inadecuados. Por otra parte, parece que la situación emocional es distinta en el grupo de adolescentes embarazadas que emplea el estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de los problemas, pues las adolescentes que no presentan como característica emocional el estar permanentemente ansiosas (no caso de ansiedad rasgo) se pueden plantear la posibilidad de orientar sus esfuerzos a la solución del problema que deben enfrentar, de manera inmediata probablemente porque no tienen la necesidad de buscar una tranquilidad emocional que ya poseen.

Con respecto a la evaluación del estado de animo depresivo en las adolescentes embarazadas, observamos la misma tendencia que en el caso de ansiedad rasgo, es decir, que cuando una adolescente embarazada rebasa el punto de corte que marca el instrumento (un caso positivo de depresión), los estilos de enfrentamientos que se asocian, a ese resultado, son; el enfrentamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa y el

enfrentamiento dirigido a las emociones. Mientras que, cuando la adolescente embarazada no presenta, en los resultados del instrumento de auto medición de la depresión, puntuación que indique sintomatología de carácter depresivo, entonces también se asocia el empleo del estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema. En otras palabras; ambas asociaciones (ansiedad rasgo-estilos de afrontamiento y depresión-estilos de afrontamiento) nos están indicando que dependiendo de la calidad en la respuesta emocional de la adolescente embarazada se instaura el mecanismo específico de enfrentamiento ante situaciones estresantes o problemáticas.

Por lo anterior el estudio nos permitió describir un perfil de los estilos de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas con respecto a la asociación que tuvieron con el estado emocional (ansiedad y depresión), a continuación presentamos una reflexión a cerca de esos estilos de enfrentamiento a saber; dirigido al problema, dirigido a la búsqueda de ayuda externa, y dirigido a las emociones.

El estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de problemas se asocia: con el auto concepto, en; puntajes elevados en la dimensión de conducta, puntajes normales en la dimensión del yo ético moral; a no ser un caso de ansiedad rasgo; y respecto al estado emocional a no ser un caso de depresión.

Lo anterior indica que las adolescentes que recurren a este estilo de enfrentamiento se sienten satisfechas en como conductualmente han actuado es decir confían en su manera de actuar por lo tanto es esperado que confíen también en que pueden solucionar la problemática que enfrentan, además se caracterizan por tener una adecuada definición de si mismas con respecto a su propio marco de referencia ético moral, así las adolescentes embarazadas que no tienen un conflicto en esta dimensión podrán dirigirse a la solución del problema sin juzgar su actuar como inadecuado. Respecto de la situación emocional, cuando una adolescente embarazada enfrenta sus problemas dirigiéndose a solucionarlos, no se distingue; ni por poseer una ansiedad permanente ni por presentar sintomatología de carácter depresivo.



En conclusión, cuando una adolescente embarazada se caracteriza por; sentirse satisfecha con su manera de actuar, autodefinirse adecuadamente con su marco de referencia ético moral, y no presentar un compromiso en su estado emocional, entonces emplea como principal mecanismo para enfrentar situaciones estresantes el dirigirse a la solución de los problemas.

El estilo de enfrentamiento de búsqueda de ayuda externa se asocia: con el auto concepto en puntajes bajos en las dimensiones de; auto satisfacción, conducta, y del yo ético moral; además con respecto a la respuesta emocional este estilo de enfrentamiento se asocio con ser caso positivo tanto en la ansiedad rasgo como en depresión.

Las adolescentes embarazadas que tienden a enfrentar situaciones estresantes buscando ayuda externa se caracterizan porque su auto percepción no les permite poseer un adecuado nivel de satisfacción personal, es decir se sienten insatisfechas consigo mismas, por lo cual se sienten impedidas para tomar decisiones de manera autónoma e independiente al enfrentar situaciones estresantes. También tienden a buscar ayuda del exterior las adolescentes embarazadas que no se sienten satisfechas con su manera de actuar, con su forma de conducirse, lo cual significa que al advertir su incapacidad conductual depositan en el exterior la iniciativa conductual para enfrentarse al estrés. Completa el perfil de las adolescentes embarazadas que emplean el estilo de enfrentamiento de búsqueda de ayuda externa, aquellas que no tienen una adecuada percepción de si mismas a partir del propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, esto es que en alguna forma las adolescentes al juzgarse infractoras de las normas morales que han aprendido optan por solicitar ayuda de una persona externa que quizá es percibida como moralmente mas confiable. Respecto al estado emocional de las adolescentes embarazadas que buscan ayuda externa encontramos dos características importantes; por una lado, están quienes se caracterizaban por describir su respuesta emocional como generalmente ansiosa, es decir fueron un caso positivo de ansiedad rasgo; por otro lado, quienes presentaron un estado de animo deprimido, es decir que tenían suficiente sintomatología como para padecer algún tipo de estado depresivo. En otras palabras probablemente tener un estado emocional comprometido por la respuesta de ansiedad permanente y por sintomatología de carácter depresivo hace que las adolescentes perciban sus recursos psicológicos como inadecuados

sintiéndose incapaces para resolver la problemática que enfrentan de manera autónoma por lo que se apoyan en el exterior para tal fin. En este caso pensamos que el empleo del estilo de enfrentamiento esta dependiendo tanto de una auto descripción de insatisfacción personal como de una respuesta emocional comprometida.

Finalmente el estilo de enfrentamiento dirigido a las emociones se asocio: en el auto concepto, con puntajes bajos en las dimensiones de conducta y del yo ético moral; respecto de la respuesta emocional, con la ansiedad rasgo y la depresión.

Las adolescentes embarazadas que mediante sus respuestas revelaron que no confían en su forma de comportamiento, es decir, que no se sentían satisfechas con su manera de actuar ante situaciones de estrés que deben enfrentar buscan en primer lugar atender su respuesta emocional con el fin de calmarse para que posteriormente puedan enfrentar el evento provocador de estrés en la formula; “primero me calmo y luego actúo”, de la misma forma parecen actuar aquellas adolescentes que revelaron en sus respuestas no tener una adecuada percepción de si mismas a partir del propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, esta merma en la auto percepción probablemente se deba a que se juzgan infractoras de las normas morales que han aprendido generándoles esa sensación de insatisfacción que deben calmar antes de enfrentar situaciones estresantes. Respecto del estado emocional de las adolescentes embarazadas que emplean como mecanismo de enfrentamiento el dirigirse a las emociones, se caracterizan por presentar tanto ansiedad rasgo como síntomas depresivos lo cual describe una respuesta emocional que estas adolescentes prefieren atender antes de responder a los problemas que las estresan. En conclusión cuando una adolescente embarazada se caracteriza por emplear el estilo de enfrentamiento dirigido hacia las emociones es porque su necesidad de primero calmarse emocionalmente y después actuar esta motivada por sentirse insatisfecha con su manera de actuar e infractora de su código ético moral además de tener un estado emocional comprometido por una ansiedad permanente y síntomas depresivos.

## **GRUPOS; CON Y SIN PAREJA**

En el análisis de la estadística diferencial, como se mencionó, además comparar los estilos de enfrentamiento empleados por las adolescentes embarazadas, también se les comparó tomando como criterio el contar o no con una relación de pareja estable, quedando formados dos grupos: grupo 1, de adolescentes embarazadas con pareja; grupo 2, adolescentes embarazadas sin pareja. Estos grupos fueron comparados, de igual forma, con respecto a las respuestas obtenidas en la escala de auto-concepto, de ansiedad, y depresión. En seguida se discuten los resultados ya presentados.

En el caso particular de la evaluación del auto concepto, al comparar los grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro de las dimensiones que evalúa la escala, a saber; auto satisfacción, conducta, yo ético moral, y yo familiar.

Con respecto a la dimensión de la autosatisfacción; las adolescentes que no cuentan con una relación de pareja estable (grupo 2) se caracterizaron por que los sentimientos acerca de si mismas, en cuanto a la propia percepción, no provocan un adecuado nivel de satisfacción personal y de auto aceptación (puntuaciones bajas). Por el contrario, las adolescentes embarazadas que contaban con una relación de pareja estable (grupo 1) se caracterizaron por que en su auto percepción los sentimientos acerca de si mismas les provocan un adecuado nivel de satisfacción personal y por lo tanto de auto aceptación (puntajes elevados). Es decir, que la percepción propia que se tiene respecto tanto de la satisfacción personal como del sentimiento de auto aceptación se asocia a la condición de contar o no con una relación de pareja en el sentido específico de que si la adolescente embarazada cuenta con una relación de pareja estable tendrá una adecuada sensación de satisfacción personal y por ende de auto aceptación mientras que en el caso contrario (sin pareja) la respuesta parece ser inversa.

Con respecto a la dimensión de conducta, únicamente en las adolescentes embarazadas que contaban con una relación de pareja (grupo 1) se estableció la característica de sentirse satisfechas con la manera en como actúan, con la forma en que han estado funcionando.

Una explicación probable de este resultado es que cuando las adolescentes se han embarazado, hecho que en cierto sentido para la sociedad implica una conducta inadecuada, el haber podido establecer una relación de pareja les hace pensar que se han comportado adecuadamente por lo que se sienten satisfechas.

En la dimensión que evalúa el yo ético moral nuevamente encontramos características antagónicas; por una parte, nuevamente encontramos características antagónicas; por una parte, las adolescentes que pertenecían al grupo que no contaba con una relación de pareja estable se caracterizaron por no tener una adecuada percepción de si mismas tomando en cuenta su propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen. Por otra parte y en oposición a ello, las adolescentes que contaban con una relación de pareja estable se caracterizaron por tener una definición favorable de si misma con respecto a su propio marco de referencia ético moral. Es decir la definición de si misma con respecto al particular marco de referencia ético moral parece asociarse al contar o no con una pareja en el sentido específico que si se cuenta con una relación de pareja estable los sentimientos de satisfacción personal respecto del propio marco de referencia ético moral serán adecuados, no obstante el hecho de que estas adolescentes se embarazaron, y quizá por ello fueron juzgadas por su entorno socio familiar, al establecer una relación de pareja no se sienten infractoras de su normatividad, mientras que al no haber podido establecer una relación de pareja, los sentimientos de satisfacción con respecto a la dimensión ético moral serán inadecuados.

Como en el caso anterior también encontramos características opuestas en la dimensión del yo familiar, aquí las adolescentes embarazadas que no tenían una relación de pareja revelaron en sus respuestas que los sentimientos hacia el mérito y el valor como miembro de una familia no fueron adecuados, por el contrario quienes si contaban con una relación de pareja estable estos mismos sentimientos fueron adecuados. Nuevamente se observa que los sentimientos del mérito y valor de ser miembro de una familia parecen estar asociados al contar o no con una relación de pareja, siendo estos sentimientos favorables cuando se cuenta con una relación de pareja pues ello implica la formación de una nueva familia y el desprendimiento de la familia de origen, mientras que, obviamente, quien no tiene una

relación de pareja estable difícilmente podrá formar una nueva familia, permaneciendo como integrante de la familia nuclear luego los sentimientos de pertenecer a ella serán esperadamente inadecuados.

Respecto del estado emocional de las adolescentes embarazadas únicamente se encontraron diferencias en la dimensión rasgo de la ansiedad, siendo las adolescentes embarazadas que no cuentan con una relación de pareja estable las que de forma permanente contaban con esa característica emocional, indicando que la ansiedad es un rasgo que en general define a estas adolescentes y no un estado emocional reactivo a su situación particular.

Al comparar los grupos respecto al estado emocional, el cuestionario de auto medición de la depresión no permitió hacer distinciones entre ellos.

La discusión anterior nos permite exponer un perfil a propósito de cada uno de los grupos de comparación con respecto a los resultados obtenidos en los cuestionarios de auto concepto, ansiedad, y depresión, que a continuación presentamos:

El perfil que caracterizó a las adolescentes embarazadas que cuentan con una relación de pareja estable se pudo construir a partir del auto concepto. Este grupo en sus respuestas a la escala se distinguió por obtener puntajes elevados, es decir, que a pesar de estar embarazadas los sentimientos a cerca de si mismas les provoca un adecuado nivel de satisfacción personal y por lo tanto de auto aceptación. En particular parece que el hecho de contar con una pareja estable cuando están cursando por el embarazo determina la diferencia que impacta en la auto evaluación; tanto de la conducta, como en las dimensiones del yo ético moral y el yo familiar. Específicamente, el tener pareja les indica: que se han comportado adecuadamente pues al evaluar la forma en que han actuado se sienten satisfechas con la manera en como han estado funcionando; También advierten sentimientos de satisfacción personal respecto del propio marco de referencia ético moral, a pesar de que comúnmente la primera respuesta del entorno socio familiar ante el embarazo de la adolescente es de reprobación, sin embargo, el contar con una pareja para enfrentar el embarazo les permite no sentirse infractoras de la normatividad moral que al principio

tiende a juzgarlas; Por ultimo, son favorables los sentimientos del mérito y valor de ser miembro de una familia, probablemente porque al tener una pareja esta presente la idea de estar formando una nueva familia.

Las adolescentes embarazadas que no contaban con una relación de pareja para enfrentar el embarazo, se distinguieron: en el auto concepto, por haber obtenido puntajes bajos en las dimensiones de auto satisfacción, del yo ético moral, y del yo familiar; con respecto a la respuesta emocional por ser casos de ansiedad rasgo. Por lo tanto cuando una adolescente se embaraza y no cuenta con el apoyo de una pareja, parece caracterizarse, en cuanto a la propia percepción, por tener sentimientos inadecuados tanto de satisfacción personal como de auto aceptación, es decir al auto evaluarse los sentimientos acerca de si mismas son inadecuados. En particular, tomando en cuenta su propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen, las adolescentes se caracterizaron porque no tenían una adecuada percepción de si mismas, dicha auto percepción, quizá, se pudo haber forjado a raíz de haber sido juzgadas por su entorno socio familiar a propósito tanto de quedar embarazadas como de no haber podido establecer una relación de pareja, por lo tanto han sido, y se sienten, doblemente infractoras de la normatividad social en la cual han crecido. Por otra parte, también son inadecuados los sentimientos hacia el mérito y el valor como miembro de una familia, en primer lugar, porque en general se encuentran en conflicto con la familia de origen y en segundo lugar al no tener una relación de pareja estable no pueden formar una nueva familia con la cual puedan sentirse satisfechas. Finalmente estas adolescentes embarazadas, respecto del estado emocional se caracterizan por percibir en forma permanente un sentimiento de ansiedad, es decir, la respuesta de ansiedad es un rasgo que las define, sentimiento que parece congruente con todas las vicisitudes que una adolescente embarazada sin pareja ha tenido y tiene que enfrentar.



# **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.**

En el presente capítulo, para presentar las conclusiones de esta tesis, se ha empleado el mismo formato de los últimos capítulos (resultados y discusión), es decir: en la primera parte, se presentan las conclusiones derivadas de los resultados de la encuesta socio demográfica en sus cuatro rubros; I datos iniciales, II familia, III economía, IV sexualidad. En la segunda parte, se presentan las conclusiones de los resultados del análisis de estadística inferencial que comparo; por una parte, los estilos de enfrentamiento que presentaron las adolescentes embarazadas con respecto a las respuestas obtenidas en las escalas de auto concepto, de ansiedad y de depresión; por otra parte, a las adolescentes embarazadas con y sin pareja con respecto a las respuestas obtenidas en los mismos instrumentos.

Finalmente se mencionan, tanto las limitaciones que fueron detectadas en el presente estudio, así como las sugerencias para investigaciones posteriores sobre el tema.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA PARTE**

#### **I DATOS INICIALES**

Las adolescentes embarazadas estudiadas se caracterizaron, en lo general, por: estar cursando el segundo trimestre del embarazo; estar cerca de cumplir los 16 de edad; iniciar vida sexual sin haber podido evitar este embarazo con adolescentes mayores que ellas (casi 4 años en promedio) probablemente porque el desarrollo durante la adolescencia en las mujeres se instaura con mayor rapidez que en los hombres además porque han adquirido el



valor familiar de tener un compañero mayor (el padre en promedio es mayor que la madre); haber concluido el segundo año de secundaria al igual que sus pareja (existiendo una diferencia mínima en favor de estas) aunque las parejas son mayores lo que implica que, quizá, habían abandonado antes la escuela, a propósito se observó una diferencia de un año de escolaridad a favor de los padres, situación que remite a pensar en la desventaja educativa que tenían las mujeres cuando los padres de las adolescentes formaron una pareja, por lo menos hace ya 16 años. Hablando específicamente de la edad de las pareja, quienes apoyaban a la adolescente durante su embarazo, fueron significativamente mayores que las parejas que no apoyaron a la adolescente, quizá esta diferencia este indicando que a medida que la pareja es mayor, por una circunstancia de maduración, esta dispuesto a asumir las responsabilidades que implica el formar una familia.

## II FAMILIA

### **Estructura familiar**

Las adolescentes embarazadas de la muestra dijeron en su mayoría pertenecer a una familia nuclear e integrada, pudiendo ser de ideología tradicional o moderna, además, por el número de miembros que la componen, las familias de las adolescentes embarazadas representan una familia promedio del pueblo mexicano.

En lo particular: las adolescentes que tienen pareja durante su embarazo cambian el lugar donde vivieron antes, incorporándose a vivir ya sea con la familia de la pareja o bien solo con la pareja; mientras que las adolescentes que no cuentan con el apoyo de una pareja se quedan a vivir con sus familiares, teniendo en su experiencia la vivencia tanto de la ausencia de la figura paterna por diversas razones, como la circunstancia mas frecuente de que sus madres sean solteras, hechos que quizá les permite, en cierto sentido, enfrentar la experiencia de no contar con el apoyo de la pareja.

### **Dinámica familiar**

Con respecto a este rubro en general las adolescentes embarazadas se caracterizaron por decir que percibían en sus relaciones familiares; la dinámica familiar como de buena a muy buena, la relación entre sus padres como armónica, la relación con la madre de buena a muy buena, en la relación con el padre solamente 1 de cada 2 adolescentes la percibían como de buena a muy buena (particularmente las adolescentes embarazadas sin pareja perciben en menor porcentaje la relación con el padre de buena a muy buena). No obstante estos resultados que orientan a pensar que las adolescentes embarazadas tienen en general una percepción de la dinámica familiar favorable, se puede pensar que posiblemente sus respuestas tengan la intención de mostrar una imagen socialmente deseable de sus familiares.

## **III ECONOMÍA**

Respecto al ingreso familiar podemos concluir que: son pocas (de una a dos) las personas que contribuyen con el ingreso familiar y en quienes, por ende, recae la responsabilidad económica de la familia; los ingresos de esas personas son escasos (de uno a dos salarios mínimos) y generalmente estas son el padre, la madre o ambos. No obstante, cuando una adolescente cuenta con el apoyo de su pareja parece que la tendencia es que ella se incorpore a la familia de esta, en este caso, en consecuencia, la responsabilidad económica de la adolescente es asumida por la familia a la que se integra. Finalmente, queda claro que la gran mayoría de las adolescentes, cuando están embarazadas, no reciben un ingreso económico por realizar algún tipo de trabajo, por lo que es evidente que son dependientes económicamente, ya sea de sus familias o de la familia a la cual se integran.

De la vivienda familiar podemos concluir: que es claro, que la muestra de adolescentes pertenece a una zona de residencia urbana dividiéndose por la mitad con respecto a la seguridad de la tenencia de vivienda donde habitan. De las condiciones de las viviendas que habitan, concluimos que por lo general las adolescentes embarazadas; viven en una casa o departamento que cuenta con un servicio sanitario de uso familiar, este servicio sanitario es

un baño completo, la toma de agua es familiar y el tipo de agua a la que tienen acceso es potable. No obstante estos resultados, es preocupante que exista un grupo de adolescentes embarazadas que tengan como condiciones de vivienda una o varias de las siguientes características; vivir en vecindades, cuartos o dormitorios, con servicio sanitario colectivo, y que el tipo del servicio sanitario sea solamente W.C., letrina, fosa séptica o practiquen el fecalismo al aire libre, con una toma de agua que es colectiva, y que el agua a la que tienen acceso no sea potable.

## IV SEXUALIDAD

### **Información**

Con respecto al apartado que denominamos información podemos concluir:

Que las adolescentes embarazadas tienen conciencia de que la práctica del aborto implica riesgo y mucho riesgo, lo cual les orienta a decir que no quieren practicarlo.

De las fuentes de información acerca de la menstruación, la familia informó menos a las adolescentes, mientras que la información recibida fuera de la familia las informó mas, siendo la escuela la principal fuente de información. A propósito de la información sexual recibida en la infancia o adolescencia, por cada 10 adolescentes embarazadas 2 dijeron no haberla recibido, y las que si recibieron esa información mas de la mitad la evaluó de buena a muy buena, un 31.1% como insuficiente, y 5.7% restante la evaluó como mala, muy mala o dio otra respuesta, en este apartado nuevamente la escuela fue la fuente de información con mayor porcentaje de cobertura, seguida de la información adquirida fuera de la familia, de la pareja y por ultimo de la familia. Una particularidad en este punto fue que las adolescentes embarazadas con pareja reciben menos información sexual, especialmente de la familia, aunque la evalúan mejor, no obstante estas adolescentes embarazadas son las que mas reciben información por parte de la pareja. Entonces queda claro, por una parte, que es la escuela la fuente que mas informa a las adolescentes sobre menstruación y sexualidad, por otra parte, es un hecho preocupante el que las familias de las adolescentes que se embarazan no las estén informando adecuadamente sobre ambos temas.

Por último respecto a la información recibida a cerca de los métodos anticonceptivos, 8 de cada 10 adolescentes embarazadas dijeron que en la primera relación sexual conocían algún método anticonceptivo, sin embargo de cada dos adolescentes embarazadas una de ellas refiere correctamente algún método anticonceptivo efectivo y la otra no, es decir hay mucho por hacer en el terreno de una la educación sexual efectiva.

### **Creencias y actitudes**

En lo que se refiere a los resultados del apartado llamado creencias y actitudes podemos concluir:

Que la actitud de las adolescentes de hablar con sinceridad y franqueza de sexualidad con la familia y con los amigos es similar, en ambos casos hablan poco o algunas veces, pero con la pareja hablan mas, particularmente las que tienen pareja, como era de esperarse.

Las adolescentes que se embarazaron iniciaron una relación de noviazgo poco antes de cumplir los 13 años de edad, por la época en que cursan los años escolares de la educación secundaria, y tres cuartas partes antes de cumplir los 14 años.

Aunque es evidente que tuvieron relaciones sexuales, solo 2 de cada 10 adolescentes admiten que las actividades sexuales de los novios debe incluir el coito, el resto piensa que esas actividades deben ser; algunos juegos sexuales, o cualquier juego sexual pero sin incluir el coito, o bien que los novios no deben tener ninguna actividad sexual.

Tomando en cuenta la edad promedio que tenían cuando tuvieron su primer novio, dos años después están iniciando vida sexual activa, la mayoría antes de cumplir el primer año de noviazgo. Aunque no sabemos con certeza porque tuvieron relaciones sexuales, si podemos decir que no las tuvieron; ni porque las necesitaran afectivamente, ni porque quisieran complacer la petición del novio, y mucho menos porque fueran obligadas. De hecho, prácticamente todas dijeron que la primera relación fue de agradable a muy agradable, y casi todas restringen su vida sexual a una sola pareja. Por lo tanto, parece que las adolescentes que se embarazaron al iniciar su vida sexual tienen una actitud de aceptación de la práctica sexual.

En la primera relación una de cada dos adolescentes tuvo una conducta dirigida a evitar el embarazo, con una cierta inclinación, en esa primera relación, a dejar la responsabilidad de las decisiones de anti-concepción a la pareja. Es decir, que la proporción de adolescentes embarazadas, o de sus parejas, que tienen una actitud anticonceptiva responsable todavía deja mucho que desear. Sin embargo, de cada 10 adolescentes que utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, 6 de ellas emplearon métodos seguros como las pastillas y el condón y 4 métodos inseguros como el coito interrumpido y el ritmo.

Las actitudes que tienen las adolescentes que se embarazan respecto de la práctica sexual nos indican que al inicio de la vida sexual parece que existe una cierta conciencia de los riesgos que implica una sexualidad sin protección, pero a medida que avanza la vida sexual disminuye el porcentaje de las adolescentes que hacen algo por evitar salir embarazadas. Es obvio que cada vez que tienen sexualidad sin protección y no quedan embarazadas se va reforzando la conducta de no protegerse quizá apoyadas en la reflexión de que “si no ha pasado nada antes, no tiene por que pasar ahora”, esto se hace evidente porque para la vez que quedaron embarazadas prácticamente ya no se estaban cuidando pues solo 2 de 10 hizo algo para evitar este embarazo.

Al menos en el 50% de los casos de las adolescentes embarazadas que encuestamos, nos dijeron que en su círculo socio-cultural y familiar estaba presente la experiencia de un embarazo antes de los 18 años de edad, es decir, que si el embarazo a temprana edad es contemplado o esperado en el medio en que se desarrolla la adolescente, cuando esta se embarace con relativa facilidad será aceptada.

## SEGUNDA PARTE

Por la manera en como se fueron conformando los grupos de comparación que dividió a la muestra total podría pensarse, entonces, que al quedar embarazadas las adolescentes: por una parte, prácticamente la mitad contara con el apoyo de la pareja; por otra parte, mas de la mitad tendrá un estilo de afrontamiento dirigido a las solución del problema.

Con respecto al estado emocional: en primer lugar, la respuesta de ansiedad, ya sea en estado o en rasgo, se presenta aproximadamente en una de cada tres adolescentes embarazadas (34% para la ansiedad estado y 30% para la ansiedad rasgo) lo cual implica que una de cada tres adolescentes embarazadas debe ser considerada como un caso de ansiedad; en segundo lugar, en el caso de la escala de auto medición de la depresión encontramos que la proporción de adolescentes embarazadas que presentan suficientes síntomas para ser consideradas un caso de depresión fue de 4 por cada 10.

Respecto al auto concepto una de cada cuatro adolescentes embarazadas presenta como escala sumergida alguna de las siguientes dimensiones: R1 identidad (23%); R3 conducta (24%); CB yo ético moral (25%); CD yo familiar (25%); CE yo social (25%). Tomando en cuenta este perfil, concluimos tres puntos:

Primero, la dimensión que evalúa identidad (R1) indica que estas adolescentes, posiblemente aún no terminen por consolidar una identidad básica, por lo tanto cuando se les pide que se describan a si mismas no se sienten satisfechas con la forma en que lo hacen y tampoco se sienten satisfechas en la manera en como se auto perciben.

Segundo, la combinación tanto la percepción del propio comportamiento (R3) como la descripción de si mismo desde un marco de referencia ético moral (CB) indica que las adolescentes embarazadas no se sienten satisfechas con la manera en como se han comportado, al parecer porque su forma de actuar han transgredido las normas ético morales aprendidas, a propósito de haber tenido una conducta sexual que falto a esa normatividad moral.

Tercero, la combinación de las escalas que evalúan las dimensiones del yo familiar (CD) y del yo social (CE) indican que, estas adolescentes, no se sienten satisfechas ni como pertenecientes a su familia ni a su la sociedad, quizá porque al quedar embarazadas han recibido el repudio de la familia y de la sociedad pues han “fallado a la moral”, y por lo tanto se sienten insatisfechas por partida doble, aunque contemplamos la posibilidad de que el sentimiento de inadecuación en ambas esferas estuviera presente antes del embarazo como resultado de esa transición maduracional del periodo adolescente.

## **ESTILOS DE ENFRENTAMIENTO**

Al formar los grupos de comparación con base al estilo de enfrentamiento que emplean las adolescentes embarazadas encontramos tres dimensiones del auto-concepto que las diferenciaron; la auto satisfacción, la conducta, y el yo ético moral.

Las adolescentes embarazadas que se sentían insatisfechas consigo mismas al referir su auto concepto (puntajes bajos en la escala de autosatisfacción R2), enfrentan las situaciones estresantes buscando ayuda externa.

Con respecto la dimensión de conducta (R3) distinguimos: a las adolescentes embarazadas que no se sentían satisfechas con su manera de actuar (puntajes bajos), ellas enfrentan las situaciones estresantes buscando ayuda externa o bien dirigiéndose a sus emociones; y a las adolescentes que si se sienten satisfechas en como conductualmente han actuado (puntajes elevados) quienes se caracterizaron por enfrentar las situaciones estresantes dirigiéndose a la solución del problema.

Con respecto a la dimensión del yo ético moral (CB) distinguimos: a las adolescentes embarazadas que no tenían una adecuada percepción de si mismas a partir del propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen (puntajes bajos), en este caso se asocio tanto el estilo de enfrentamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa como al enfrentamiento dirigido a las emociones; por otra parte a las adolescentes embarazadas que

tuvieron puntuaciones normales en la dimensión del yo ético moral, con ellas se asocio el empleo del estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema.

En cuanto a los instrumentos de medición de la ansiedad y la depresión, tomando en cuenta los distintos tipos de afrontamiento, se encontraron diferencias tanto en la dimensión de ansiedad rasgo, así como en la escala de auto medición de la depresión.

Cuando una adolescente embarazada era un caso de ansiedad rasgo, los estilos de enfrentamiento empleados en las situaciones estresantes fueron la búsqueda de ayuda externa y el dirigido a las emociones, en contraste las adolescentes que no eran un caso de ansiedad rasgo emplean el estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de los problemas.

Con respecto a la evaluación del estado de ánimo depresivo observamos que cuando una adolescente embarazada es un caso de depresión, los estilos de enfrentamientos que se asocian, son; el enfrentamiento dirigido a la búsqueda de ayuda externa y el enfrentamiento dirigido a las emociones. Mientras que, cuando la adolescente embarazada no presenta sintomatología de carácter depresivo, entonces emplea el estilo de enfrentamiento dirigido a la solución del problema.

Por lo anterior, el estudio permitió describir un perfil de tres estilos de enfrentamiento a saber: dirigido al problema, dirigido a la búsqueda de ayuda externa, y dirigido a las emociones.

El estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de problemas se asocia: con el auto concepto, en; puntajes elevados en la dimensión de conducta, puntajes normales en la dimensión del yo ético moral; a no ser un caso de ansiedad rasgo; ni ser un caso de depresión. Es decir, cuando una adolescente embarazada se caracteriza por; sentirse satisfecha con su manera de actuar, autodefinirse adecuadamente con su marco de referencia ético moral, y no presentar un compromiso en su estado emocional, entonces emplea como principal mecanismo para enfrentar situaciones estresantes el dirigirse a la solución de los problemas.



El estilo de enfrentamiento de búsqueda de ayuda externa se asocia: con el auto concepto en puntajes bajos en las dimensiones de; auto satisfacción, conducta, y del yo ético moral. Con respecto a la respuesta emocional se asocio con ser caso tanto en la ansiedad rasgo como en depresión. En otras palabras las adolescentes embarazadas que tienden a enfrentar situaciones estresantes buscando ayuda externa se caracterizan por: una auto percepción que no les permite tener un adecuado nivel de satisfacción personal, se sienten insatisfechas consigo mismas, tampoco se sienten satisfechas con su manera de actuar, de conducirse, y no tienen una adecuada percepción de si mismas a partir del propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen. Respecto al estado emocional; por un lado, están quienes se caracterizaban por describir su respuesta emocional como generalmente ansiosa; por otro lado, quienes presentaron un estado de ánimo deprimido.

Finalmente el estilo de enfrentamiento dirigido a las emociones se asocio: en el auto concepto, con puntajes bajos en las dimensiones de conducta y del yo ético moral; respecto de la respuesta emocional, con la ansiedad rasgo y la depresión. En otras palabras cuando una adolescente embarazada se caracteriza por emplear el estilo de enfrentamiento dirigido hacia las emociones es porque su necesidad de primero calmarse emocionalmente y después actuar esta motivada por sentirse insatisfecha con su manera de actuar e infractora de su código ético moral además de tener un estado emocional comprometido por una ansiedad permanente y síntomas depresivos.

## **GRUPOS; CON Y SIN PAREJA**

Al formar los grupos de comparación tomando como criterio el contar o no con una relación de pareja estable (Grupo 1, adolescentes embarazadas con pareja; Grupo 2, adolescentes embarazadas sin pareja), en la evaluación del auto concepto, se encontraron diferencias en cuatro dimensiones, a saber; auto satisfacción, conducta, yo ético moral, y yo familiar.

Con respecto a la dimensión de la autosatisfacción; las adolescentes que no cuentan con una relación de pareja estable (grupo 2) se caracterizaron por que los sentimientos acerca de si mismas, en cuanto a la propia percepción, no provocan un adecuado nivel de satisfacción personal y de auto aceptación. Por el contrario, las adolescentes embarazadas que contaban con una relación de pareja estable (grupo 1) se caracterizaron por que en su auto percepción los sentimientos acerca de si mismas les provocan un adecuado nivel de satisfacción personal y por lo tanto de auto aceptación. Es decir, que si la adolescente embarazada cuenta con una relación de pareja estable tendrá una adecuada sensación de satisfacción personal y por ende de auto aceptación mientras que en el caso contrario la respuesta parece ser inversa.

Con respecto a la dimensión de conducta, únicamente en las adolescentes embarazadas que contaban con una relación de pareja (grupo 1) se estableció la característica de sentirse satisfechas; con la manera en como actúan, con la forma en que han estado funcionando. Probablemente este resultado indica que aun y cuando se embarazaron el haber podido establecer una relación de pareja les hace pensar que se han comportado adecuadamente por lo tanto se sienten satisfechas.

En la dimensión que evalúa el yo ético moral encontramos; por una parte, que las adolescentes del grupo que no contaba con una relación de pareja estable se caracterizaron por no tener una adecuada percepción de si mismas tomando en cuenta su propio marco de referencia ético moral con el cual se auto describen. Por otra parte, las adolescentes que contaban con una relación de pareja estable se caracterizaron por tener una definición favorable de si misma con respecto a su propio marco de referencia ético moral. Es decir, cuando las adolescentes, a pesar del embarazo, lograron establecer una relación de pareja no se sienten infractoras de su normatividad, mientras en aquellas que no pudieron establecerla, fueron inadecuados sus sentimientos con respecto al marco de referencia ético moral con el cual se auto describen.

En la dimensión del yo familiar, las adolescentes embarazadas que no tenían una relación de pareja revelaron que los sentimientos hacia el mérito y el valor como miembro de una

familia no fueron adecuados, por el contrario quienes si contaban con una relación de pareja estable estos mismos sentimientos fueron adecuados.

Respecto del estado emocional únicamente se encontraron diferencias en la dimensión rasgo de la ansiedad, siendo las adolescentes embarazadas que no cuentan con una relación de pareja estable las que de forma permanente contaban con esa característica emocional, indicando que la ansiedad es un rasgo que en general las define. El cuestionario de auto medición de la depresión no permitió hacer distinciones entre los grupos.

Por lo anterior podemos concluir con un perfil de cada uno de los grupos de comparación con respecto a los resultados obtenidos en los cuestionarios de auto concepto, ansiedad, y depresión, a saber:

El perfil que caracterizó a las adolescentes embarazadas que cuentan con una relación de pareja estable se pudo construir a partir del auto concepto. En particular impacta en la auto evaluación; tanto de la conducta, como en las dimensiones del yo ético moral y el yo familiar. Por lo que concluimos que cuando una adolescente que se ha embarazado tiene una pareja estable: piensa al evaluar la forma en que ha actuado que se ha comportado adecuadamente y por tanto se siente satisfecha con la manera en como han estado funcionando; También advierte sentimientos de satisfacción personal respecto del propio marco de referencia ético moral, pues el contar con una pareja para enfrentar el embarazo les permite no sentirse infractoras de la normatividad moral que al principio tiende a juzgarlas; Por ultimo, son favorables los sentimientos del mérito y valor de ser miembro de una familia, probablemente porque al tener una pareja esta presente la idea de estar formando una nueva familia.

El grupo de las adolescentes embarazadas que no contaban con una relación de pareja para enfrentar el embarazo, se distinguieron: en el auto concepto, por haber obtenido puntajes bajos en las dimensiones de auto satisfacción, del yo ético moral, y del yo familiar; con respecto a la respuesta emocional por ser casos de ansiedad rasgo. Por lo tanto, concluimos que cuando una adolescente se embaraza y no cuenta con el apoyo de una pareja, se caracteriza: en cuanto a la propia percepción, por tener sentimientos inadecuados tanto de satisfacción personal como de auto aceptación; tomando en cuenta el propio marco de

referencia ético moral con el cual se auto describen, no tienen una adecuada percepción de si mismas, dicha auto percepción, quizá, se pudo haber forjado a raíz de haber sido juzgadas por su entorno socio familiar a propósito tanto de quedar embarazadas como de no haber podido establecer una relación de pareja, por lo tanto han sido, y se sienten, doblemente infractoras de la normatividad social en la cual han crecido; también son inadecuados los sentimientos hacia el mérito y el valor como miembro de una familia, en primer lugar, porque en general se encuentran en conflicto con la familia de origen y en segundo lugar al no tener una relación de pareja estable no pueden formar una nueva familia con la cual puedan sentirse satisfechas. Finalmente estas adolescentes embarazadas, respecto del estado emocional se caracterizan por que la respuesta de ansiedad es un rasgo que las define, sentimiento que parece congruente con todas las vicisitudes que una adolescente embarazada sin pareja ha tenido y tiene que enfrentar.

## **LIMITACIONES**

Durante el transcurso de esta investigación nos encontramos con varias dificultades que limitaron el avance de la misma:

En ocasiones las adolescentes embarazadas asistían al INPer cuando su embarazo ya estaba avanzado, por lo que al ser remitidas al departamento de Psicología se encontraban en las últimas semanas de gestación, no dando oportunidad de realizar la aplicación del instrumento por falta de tiempo. Igualmente varios casos no eran incluidos en la muestra porque cumplían con algún criterio de exclusión o de eliminación

Algunas aplicaciones o bien no se realizaban o se tenían que posponer por la saturación de los espacios para la aplicación y al reprogramar la cita de aplicación las pacientes no regresaban en particular las que tenían mas semanas de gestación.

En los aspectos metodológicos el tamaño de la muestra no permitió que se pudiera hacer el análisis estadístico originalmente elegido para esta investigación ya que no había suficientes casos en las diferentes celdillas de la matriz de análisis por lo que se opto por hacer dos análisis por separado.

## SUGERENCIAS

Es recomendable diseñar más investigaciones para obtener un modelo que describa cuales son los diferentes recursos psicológicos con los que cuenta una adolescente para enfrentar un embarazo sin que su estado emocional se comprometa.

También es importante comparar a las adolescentes embarazadas y su forma de enfrentar situaciones estresantes con otro tipo de poblaciones como adolescentes no embarazadas y embarazadas adultas.

Se deben diseñar estudios que evalúen las redes de apoyo con las que cuenta una adolescente embarazada en especial la familia pero principalmente a la pareja.

Llevar a cabo investigaciones de tipo longitudinal con las adolescentes embarazadas desde el momento de su ingreso al institución hasta que hayan tenido a su hijo y varios años después para conocer la cambios que van teniendo, los problemas que deben enfrentar en cada etapa y la manera en que los resuelven

Desarrollar programas efectivos de educación sexual dirigidos no solo a las adolescentes que acuden a una institución educativa sino a la población que como muchas adolescentes de este estudio abandonan la escuela a una edad muy temprana.

Implementar programas de tratamiento psicológico para las adolescentes embarazadas que estén dirigidos a la solución de conflictos y al fortalecimiento de uso de estrategias de afrontamiento adaptativas.

# BIBLIOGRAFÍA

Aldana, E. y Atkin, L.C. (1990). Depresión durante el embarazo en adolescentes. **La psicología social en México**. 3. pp. 77-81.

Aldana Calva, E. y Pérez Aristas, L.M. (1990). Los síntomas depresivos como consecuencia del estado civil de adolescentes embarazadas del INPer: Estudio exploratorio. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología. UNAM.

American Psychiatric Association (1993). **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV**. Versión española de la cuarta edición de la obra original de la obra inglesa. Masson. México (1996).

Archundia Sánchez, A. (1981). El nivel de ansiedad en una muestra de 40 mujeres embarazadas, bajo la influencia de 2 métodos de preparación para el parto. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología. UNAM.

Arestey, González, Esteban, Gastaldo y Alfaro (1988) Embarazo en edades extremas: I. gestación en adolescentes. **Revista Española de Obstetricia y Ginecología**. 47 139-148.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward an unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**. 84. Pp. 191-215.

Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. **Journal of behavioral medicine**. 4 (2). 139-157.

Beck, A.T. (1967). Depression; Clinical Experimental and Theoretical Aspects, New York, **Harper & Row**. Publishers.

Black, C. y Deblasse, R. R. (1985). Adolescent pregnancy: Contributing factors, consequences, treatment and plausible solutions. **Adolescence**. 20 (78) 281-289.

Catwell DP, Baker L, Rutter M. Family factors. In Rutter M, Schopler E (eds) (1979). *Autism: a reappraisal of concepts and treatment*. New York: **Plenum**, 269-296.

CONAPO. (1982). México Demográfico. **Consejo Nacional de Población**, México.

Cruz Terán, M. (1992). Estudio Comparativo del Autoconcepto en Cuatro Circunstancias Reproductivas Diferentes: Embarazo Normal, Embarazo de Alto Riesgo, Esterilidad y Oclusión Tubárica. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología (UNAM).

De Anda, D., Darroch, P., Davidson, M., Gilly, J., Javidi, M., Jefford, S., Kamoroaski, R., y Morejon-Schrobsdorf, A. (1992). Stress and coping among pregnant adolescents. **Journal of adolescent social work**, 7 (1), pp. 94-99

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

DesChamps, J. (1979). **Embarazo y Maternidad Adolescente**. Barcelos: Herder.

Duarte A. & Barreto, A. (1985). Factores determinantes del embarazo en adolescentes solteras. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**. 36 (5), 291-306.

Elliott, G.R., Eisdorfer, C. (1982). Stress and Human Health. New York: **Springer Publishing Company**

Erickson. E. H. (1963). **Infancia y sociedad**. Buenos Aires: Horne.

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

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

Fitts, W.H. (1965). The Tennessee self-concept scale western psychological services. **Publishers and distributors 12031**. Wilshire Boulevard. Los Angeles, CA 90025, p31.

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

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

Friedman, H. L., y Ferguson, J. B. (1995). Enfoques de la OMS sobre la salud de los adolescentes. Ginebra, Suiza.

García Baltasar, J., Figueroa Perea, J., Brindis, C., Pérez Palacios, C. (1993). Características Reproductivas de Adolescentes y Jóvenes en la Ciudad de México. **Salud Pública de México**. Vol. 35, No. 6. Pp. 682-691.

González Cortes, L. J. (1996). Adolescentes embarazadas: ansiedad y estilos de enfrentamiento. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

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

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

Haan, N. (1969). A tripartite model of ego functioning: Values and clinical research applications. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 148, 14-30.

Hamburg, B. A. (1979). Early adolescence: a specific and stressful stage of the life cycle. En: Coelho, G.V., Hamburg, D. S. y Adams, J. E. Coping and adaptation. New York: Basic Books.



Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1997). **Mujeres y hombres en México**. México 173pp.

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

Kuhn, D., Longer, J. Kohlberg, L., & Haan, N.S. (1977). The development of formal operation in logical and moral judgment. **Genetic Psychology Monographs**, 95, 97-188

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. & Cohen, J.B. (1977). Environmental Stress. In I. Altman and J.F. Wohlwill (eds.), **Human Behavior and Environment**. (Vol 2) New York: Plenum.

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

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

López, C. R. (1994). La adolescente en el ámbito Perinatal. **Revista de Perinatología**, 9 (1), 1-3.

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

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

Monroy de V. A., Morales G. M. (1986). La fecundidad adolescente y la planificación familiar. **Academia mexicana de investigación en demografía médica**. México.

Moos, R. H. Y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En: L. Goldberger y S. Breznitz. Handbook of stress: Theoretical aspects. Cap. 14. Pp. 212-231. London: **The Free Press**.

Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework. **American Journal of Community Psychology**. 12, 5-25.

Moos, R.H.,& Moos, B. S. (1986). Family environment scales manual (2<sup>nd</sup> ed.).Palo Alto, C.A: **Consulting Pshychologist Press**

Moos R H (1986). Coping whit life crisis. An integrated approach. New York: **The plenium press**.

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

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

Morales Carmona, F. y González Campillo, G. (2001). Estandarización de la escala de autoconcpeto de Tennessee en una muestra de mujeres mexicanas. Ciudad de México: **Revista Mexicana de Psicología**. 18. 2:239-246

Murphy, M. (1981). Social Consequences of vesico-vaginal fistulae in Northern Nigeria, J. **Biosocial Sci**.13:139-150

Oñate M. P. (1989). El autoconcepto. **Madrid: Editorial Nocea**.

Orduña Ayala, S. (1992). Influencia familiar en el embarazo adolescente. **Tesis de especialidad**. Facultad de medicina. UNAM.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1988). **FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA, CAUSAS Y CONSECUENCIAS. Cuaderno técnico** No. 12. Washington, D. C. EUA. 66 pp.

Ortigoza, E. y Jiménez G. (1991). Comportamiento sexual en adolescentes de nivel técnico-profesional. **Revista de perinatología y reproducción humana**. 5 (3), 129-133

Paik, S.J. (1992). Self-concept of Pregnant Teenagers. **Journal of Health and Social Policy**. 3 (3), 93-11.

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

Pearlin LI, Schooler C. (1978). The structure of coping. **Journal of Health of Social Behaviour**.19:2-21

Pearlin, L., Lieberman, M. A., Menaghan, E.G., Mullan, J. T. (1981). The stress process. **Journal of Health and Social Behaviour**, 22, 337-356

Prodromidis, M., Abrams, S., Field, T., Scafidi, F. y Rahdert, E. (1994). Psychosocial stressors among depressed adolescent mothers. **Adolescence**, 29 (114), 331-343.

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

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

Scafidi, F. A., Field, T., Prodromidis, M. y Abrams, S. M. (1999). Association of fake-good MMPI-2 profiles with low Beck Depression Inventory scores. **Adolescence**, 34 (133), 61-68.

Sereno, J.A.; Castillo, E y Mendoza, R (1993). Embarazo adolescente: un reto médico social. **Revista latinoamericana de perinatología**. 13 (2), 74-84.

Selye, H. (1976). *The stress of life* (rev. ed.) Nueva York: **McGraw-Hill**

Spielberger, C.D. y Díaz Guerrero, R. (1975) **IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado**. México: El Manual Moderno.

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

The Alan Guttmacher Institute (1998). **Into a new world. Young women's sexual and reproductive Lives**. 56 pp.

Tiburcio, T. Avila, R. H., Quintos, C. R. y García, C. M. (1995). Embarazos en la adolescencia: influencia de algunos atributos sociales. **Revista de Perinatología y reproducción humana**. 9(1), 37-45.

Tolbert, K, (1988). **La adolescente embarazada: características y riesgos psico-sociales. en la psicología en el ámbito Perinatal** . México: INPer 398-425.

Torres Ramírez, A. (1994). La anti-concepción en la adolescente. **Revista de Perinatología**. 9(1), 8-13.

Valderrama, G. (1988). Perfil psicológico de pacientes del INPer con embarazo normal. **Tesis de Licenciatura**. Facultad de Psicología. UNAM.

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

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

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

Zongker, C. E. (1989). Self-Concept Differences Between Single and Married School-Age Mothers. **Journal of Youth and Adolescence**. 9 (2), 175-184.

Zung, W. K. W. MD, Durham, NC. (1965). A Self-Rating Depression scale. **Archives of general psychiatry**. Vol. 12, pp. 63-70.