



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43
VILLAHERMOSA, TABASCO.



“FRECUENCIA DE RESILIENCIA EN RELACION AL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE DERECHOHABIENTE DE LA U. M. F. No. 39.

Trabajo que para obtener el Diploma de Especialidad en MEDICINA
FAMILIAR.

Presenta:

Dra. María de las Nieves Uribe Garay.

Villahermosa, Tabasco.

2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**“FRECUENCIA DE RESILIENCIA EN RELACION AL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE DERECHOHABIENTE DE LA U. M. F. No. 39.”**

**Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

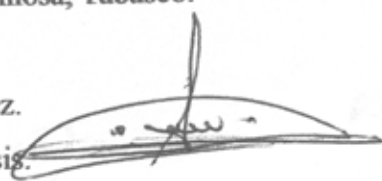
Dra. María de las Nieves Uribe Garay.

A U T O R I Z A C I O N E S

Dra. Sahara de León Almeida 

**Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos General
en la Unidad de Medicina Familiar No. 43 Villahermosa, Tabasco.**

M. en C. Rebeca Hernández Martínez.

Asesor Metodología y Clínico de Tesis. 

Dra. Cruz Lilian Aguilar Chanté. 

Coordinadora Delegacional de Educación Médica.

Dr. Rafael Antonio Vivas Pérez 

Coordinador Delegacional de Investigación Médica.

Villahermosa, Tab.

Febrero 2006

**“FRECUENCIA DE RESILIENCIA EN RELACION AL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE DERECHOHABIENTE DE LA U. M. F. No. 39.”**

**Trabajo que para obtener el Diploma de Especialista en
MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Dra. María de las Nieves Uribe Garay.

A U T O R I Z A C I O N E S

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega.

Jefe del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

U. N. A. M.

Dr. Arturo Irigoyen Coria

Coordinador de Investigación

Del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina

U. N. A. M.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia

Departamento de Medicina Familiar

U. N. A. M.

DEDICATORIA

“DIOS es mi pastor y nada me faltará.....

Trinidad, Inés, mis mejores ejemplos, mi guía, mis apoyos, mi aceptación de quien soy, mis PADRES.

Octavio. Estas aquí y ahora.

A I D A

I

D Enlazadas en mi corazón, en mi mente y en mi alma.

E

Juan, donde quiera que estés, ¡Te quiero!

Quienes son más que un lazo consanguíneo a ustedes mis HERMANOS.

Leonardo, Benjamín, Isabel, Aurelio, Andrés, Teresa, David, Ulises.

La Amistad es el arte de convivir y forma parte de mi gran tesoro, Dios me los permita siempre, Lina, Leticia, Esther (†), Alicia (†), Rodrigo, Willy, Roberto, Guadalupe Pérez, José Luís, Miraldelly, Antonio. Alicia, Roció, Artemia, Ada, muy especialmente a María Asunción y Adi por su invaluable apoyo Y a todas aquellas personas que me consideran su amistad, gracias.....

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme su amor y sus bendiciones, guiándome por el camino...

A mis padres y Hermanos por la convivencia y el gran amor, cariño, respeto y su apoyo incondicional que me han permitido realizar mis ilusiones.

A Octavio, Aida y Aide, mi presente, su paciencia, tolerancia y gran amor me han impulsado a concluir mis metas.

A Todos y cada uno de mis familiares que me han ayudado con sus consejos, y su cariño, ya saben siempre estoy con ustedes ¡D e todo Corazón!

A Todos y cada uno de mis amigos, y amigas, comadres, y agregados que me han dado días felices.

A mis jefes en cada uno de los desarrollos profesionales que he tenido, por su interés y por su impulso para mirar adelante.

A cada uno de mis compañero de trabajo con los cuales he aprendido la tolerancia.

A mis asesores por la paciencia que han tenido para mi desarrollo profesional.

**“FRECUENCIA DE RESILIENCIA EN RELACION AL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENTE DERECHOHABIENTE DE LA U. M. F. No. 39”**

INDICE

Contenido	Paginas
Título	I
Índice	II
Resumen	III
Glosario	IV
Introducción	V
Marco Teórico.	1
Planteamiento del problema.	14
Justificación	16
Objetivos	18
-----Generales	18
----- Específicos	18
Metodología	19
--- Tipo de estudio	19
--- Población, lugar y tiempo de estudio	19
--Tipo de muestra y tamaño de la muestra	19
--Criterios de Inclusión, exclusión y eliminación.	20
--Variables a recolectar.	21
--Método y procedimiento para capturar la información.	23
--Consideraciones Éticas.	26
Resultados	27
Discusión	62
Conclusión.	66
Referencias Bibliográficas.	68
Anexos	71

RESUMEN

Uribe Garay María de las Nieves. “**FRECUENCIA DE RESILIENCIA EN RELACION AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE DERECHOHABIENTE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No. 39 DEL IMSS**” Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: Conocer la relación, asociación y frecuencia de resiliencia en la adolescente con y sin embarazo de primera vez. **Material y Método:** Se estudio n = 102 pacientes: **Grupo Observacional** (embarazadas primigestas) y el **grupo Control** (adolescente sin embarazo) cada uno con una n = 51 con edad de 14 a 19 años, mediante estudio descriptivo, prospectivo, trasversal y comparativo. Se utilizo el Modelo Grotberg y Wolyn & Wolyn de Resiliencia. Los datos se presentan en tablas y gráficos, se analizaron por X^2 , RR, VPP y VPN. **Resultados: Grupo observacional;** Edad de 19 años (33.3%), Casadas (19.6%), Estudiante (43.1%), en Preparatoria (17.6%), Católicas (64.7%); **Grupo Control;** Edad 15 años (25.5%) 16 años (21.6%), Solteras (21.5%), Estudiante (80.3%), Preparatoria (21.6%), Católica (68.7%). **Resiliencia (Grotberg y Wolyn & Wolyn), Grupo Observacional:** 80.9%, **poco resiliente** 19.60%, mayor que la medida solo con Wolyn & Wolyn (17.54%). Solo la escala de Grotberg detecto 1.96% **sin resiliencia** en el grupo observacional. Asociación entre **embarazo y resiliencia:** $X^2= 7.10$ para *competencia social;* 7.21 *confianza;* 8.2 *autoestima;* estadísticamente significativa 3.70 *autonomía no significativa.* $X^2 = 3.8$ de embarazo y resiliencia. RR= 1.6, VPP = 72% VPN = 50% para embarazo y Resiliencia poco fomentada. **Conclusiones:** La edad más frecuente, 19 años con embarazo y 15-16 sin embarazo. El tipo de Resiliencia se relacionó y asocio estadísticamente con el embarazo en la adolescente. Y existe 1.6 veces mayor riesgo y 70% de probabilidad de disminuir la resiliencia cuando existe embarazo en la adolescencia.

Palabras Claves: **Resiliencia, Embarazo en adolescentes.**

GLOSARIO

Resiliencia... Capacidad del ser humano de hacer frente a la adversidad de la vida, superarlas e inclusive, ser transformado por ellas.

Adolescente... Etapa del ciclo vital individual familiar y social, determinado por diversos patrones, transición entre la infancia y la edad adulta que va de los 10 a los 19 años.

Embarazo en la adolescente..... Se define como aquella gestación que ocurre en los dos primeros años ginecológicos, o cuando aun depende de su núcleo familiar. .

INTRODUCCION.

En este trabajo se aborda el tema de la *Resiliencia* como reflejo actual de posibles repercusiones en la salud de los pacientes, a pesar de que este termino surge desde los años 70, como un conjunto de características ideales que debe poseer el hombre para salir victorioso de cualquier situación que se le presente en el transcurso de su vida.

La importancia del conjunto de característica que forma parte de *Resiliencia* es poder fomentarla a cualquier edad o etapa de la vida, tales como la autoestima, competencia social, autonomía y la confianza en nuestros pacientes. Entonces la sociedad y el equipo multidisciplinario de salud al que pertenece el Médico Familiar podemos intervenir en este fomento, de tal manera de proporcionar salud biopsicosocial.

La población aquí estudiada es la adolescente en donde consideramos al embarazo como un posible factor de riesgo para disminuir las características de la *Resiliencia*.

Este estudio se caracterizo por ser observacional y transversal por lo tanto no intervenimos en ninguna de las variables estudiadas, pero si comparamos los casos y el grado de *Resiliencia* entre embarazadas y no embarazadas, siendo en ambos casos adolescente.

El Test de Grotberg y la escala de Wolyn & Wolyn se emplearon para medir la frecuencia de las características de la *Resiliencia*. Se incluyo en la primera parte recabar los datos generales de cada paciente. Los resultados fueron condensados en instrumentos de recolección de datos y analizadas sus comparaciones mediante Chi cuadrada y riesgo relativo, así como se calculo la probabilidad de la *Resiliencia* en esta población con esta característica.

Nuestros resultados dan a conocer que efectivamente existe una asociación entre estas variables y un riesgo de disminuir las características ideales de la

Resiliencia en las jóvenes embarazadas en comparación con las también jóvenes pero no embarazadas.

En la parte de discusión se encuentra una comparación entre nuestros resultados y los pocos similares hallados en la literatura, esto nos da la pauta de continuar con esta línea de investigación en los primeros niveles de atención en donde el paciente tiene su primer contacto con el Médico Familiar, y también visualizar la medición en los demás grupos etareos, ya que los datos de *Resiliencia* que se encuentran publicados por otros países son de poblaciones de niños.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Generalidades

Resiliencia.

El origen del concepto de *Resiliencia* no es nuevo, en la historia se ha usado en metalurgia y se refiere a la capacidad de los metales de resistir el impacto y recuperar su estructura. Capacidad de un material de recobrar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones. ¹

En medicina, la osteología acuña el concepto para expresar la capacidad de los huesos de crecer en el sentido correcto después de una fractura.

En las ciencias sociales, *Resiliencia* corresponde a la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o, incluso ser transformado.

Diversos investigadores han tenido interés por estudiar el concepto de *Resiliencia*, que habla de la combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida. ²

El filósofo Galeano escribió “Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos no alumbran ni queman, pero otros arden con tantas ganas que no se puede mirarlos sin parpadear y quien se acerca se enciende”; En este escrito se resumen las dos líneas filosóficas de la teoría de la *Resiliencia*, la primera se relaciona con la luminosidad, ya que la *Resiliencia* se edifica desde la zona luminosa del ser humano, desde sus fortalezas, asumiendo la potencialidad e cada individuo para desarrollarse. La segunda arista consiste en la idea de la diversidad, de la diferencia. La teoría de la *Resiliencia* cobra significado a partir de diferencias en la reacción ante circunstancias adversas, generadoras de stress mientras algunas personas sucumben a dichas

circunstancias, evidenciando desequilibrio y trastornos a diversos niveles, otras se desarrollan exitosamente a pesar de la adversidad.³

Janitche & Waddington 1976, Mac Cubbin 1987 investigaron como estas características, permiten persistir a través del cambio cualitativo y mantener la integridad estructural a lo largo del proceso de desarrollo del ciclo vital.⁴

Durante mucho tiempo, las ciencias humanas, pusieron el énfasis en los elementos patológicos. Surgen así en las investigaciones descripciones detalladas de las enfermedades, intentando descubrir las causas o factores determinantes de ellas. En este enfoque muchas interrogantes quedaron sin respuesta: ¿por qué unas personas expuestas a situaciones de riesgo, contradiciendo toda predicción negativa, logran transformar la tragedia en oportunidad de desarrollo y equilibrio interior?⁴

Werner en 1993 marcó un hito ya que estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los cuarenta años llegando a la conclusión: -niños “condenados” a presentar problemas en el futuro según enfoque de riesgo llegaron a ser exitosos y constituir familias estables y contribuir positivamente a la sociedad. La observación de estos niños, la condujo al concepto de invulnerabilidad, entendiendo éste como el desarrollo de personas sanas en ambientes insanos. Ante la rigidez y el determinismo que este vocablo genera, connotaciones de orden genético o biologicista se optó por “*resiliente*” que caracteriza a las personas que viviendo en condiciones de alto riesgo, se desarrollan sanos y socialmente exitosos.⁵

E. Werner estudio durante 32 años en la isla de Kuwait (Hawai) en una cohorte de 500 personas sometidas a diversas situaciones de estrés, disoluciones del vínculo parental, muerte de un miembro de la familia, drogadicción, marginación y que a pesar de estas, se lograron sobreponer a estas adversidades.⁶

Suárez en 1995 define a la *Resiliencia* como una combinación de factores que permiten a un niño a ser un humano afrontar y superar los problemas y

adversidades de la vida. Osborn 1993 la define como los Conceptos genéricos que se refiere a una amplia gama de factores de riesgo y los resultados de competencia. Puede ser producto de una conjunción entre factores ambientales como temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tiene los niños cuando son muy pequeños.¹

Manciaux (2003) Vanistendael y Lecomte (2003) comentan que existe en las personas características particulares que les permiten sobreponerse a las adversidades de la vida y mucho menos se tenían contempladas la idea de identificar esas características para después poder llevarlas a personas no *Resilientes*.

Consideraremos que la *Resiliencia* es un conjunto de habilidades, destrezas, conocimientos y características propias del individuo, que interactúan en una sociedad donde continuamente hay factores adversos, (estresores, retos). Y le permiten sobreponerse a la dificultad y crecer y desarrollarse adecuadamente siendo competente en el transcurso de su vida.⁷

Modelos de evolución de la *Resiliencia*: Se definen como un conjunto de apoyos para describir y explicar el fenómeno *Resiliencia* y sirven de motivo para la creación de propuestas de trabajo y promoción de la misma. Existe hasta hoy tres grupos de modelos y de acuerdo a sus características se enuncian: En primer lugar encontramos los Modelos Explicativos-Descriptivos. El segundo como Modelos de Trabajo e Intervención. Y el tercero Modelo Mixto.

En el Modelo Explicativo-Descriptivo se considera es una extensión del proceso de construcción conceptual, en donde se consideran algunas pautas generales que le permiten la identificación de las características y proceso relacionados con la *Resiliencia*, permiten de una forma estructurada el estudio del fenómeno, además de que sirven de plataforma en la creación de modelos de trabajo e intervención. En la primera parte encontramos: El modelo Ecológico que depende de la forma en que se relacionen los factores de riesgo y protección con base en el ambiente al cual esta adscrita esta la persona o la

comunidad. Y en segundo lugar el modelo del Desafío, donde se enuncia que la presencia de reto o desafíos pueden aparecer rasgos *Resilientes*, por otro lado esta la contraparte de este componente que son los Daños-Sucumbe. Este modelo propone potencializar los puntos Desafíos-Fortalece y disminuir la influencia de Daños –Sucumbe.

Dentro del Modelo de Trabajo e Intervención, plantea de forma sistemática las necesidades y habilidades *Resilientes*. Tenemos el modelo de prevención-promoción en donde se le da una mayor importancia a las potencialidades y recursos de las personas y los grupos. El Modelo de Promoción Educativa. Promover los factores de *Resiliencia* en niños y adolescentes a través de construir y fomentar las relaciones afectivas, crear y generar expectativas mayores y elevadas con un sentido de realidad, desarrollar espacios de participación e identificación sobre oportunidades para la participación y contribución.

En el tercer grupo los Modelos Mixtos Es el grupo más representativo ya que de forma concreta pretenden explicar el fenómeno de *Resiliencia* y plantear simultáneamente una propuesta de trabajo o promoción *Resiliente*. El Modelo de la casita de Vanistenda el modelo de representación gráfica, explica, define y permite potencializar las habilidades *Resilientes* en las personas. El modelo de *Resiliencia* donde se explica como es que una persona de a cualquier edad sufre una adversidad en un principio se pone en contacto con ciertos rasgos propios y ambientales, que amortiguan esa adversidad. El modelo *Resiliente* de Psicología Aplicada donde se vincula profesionalmente a la resiliencia con la psicología científica. Identificar los criterios de potencialización de habilidad y características *Resilientes* con que cuenta la persona para su desarrollo humano a través de un proceso de desarrollo social y personal. ⁸

El modelo de la Estructura *Resiliente*. (Grotberg 1995). Ampliamente difundidos a nivel internacional, es de fácil comprensión. Se conforma de cuatro factores *Resilientes*, los cuales permiten explicar el proceso en las

personas y potencializarlo, además sirve de base para la elaboración de propuestas de intervención.⁹

La *Resiliencia* se sustenta en la interacción entre la persona y el entorno, se describen los pilares o fuentes interactivas de la resiliencia y se enuncian en la:

- -Competencia Social, (“Yo Tengo”) que tiene factores externos de soporte externo, con lo que la persona es.
- -Autoestima (“Yo Soy”) o fuerzas internas personales, con las que puede hacer
- -Confianza (“Yo Puedo”) en las habilidades sociales, que esta dispuesto hacer con la
- -Autonomía (“Yo Estoy”). El niño y/o adolescente desarrollara estos factores protectores de acuerdo a su propio contexto, los problemas a los que se enfrente las culturas que adquiera en su desarrollo.²⁻⁹

Así mismo Wolyn & Wolyn indican que las características de la *Resiliencia* son:

- Introspección entendida como la capacidad de examinarse internamente, darse una respuesta honesta y depende de la solidez de la autoestima;
- Independencia.- Permite establecer limites entre uno mismo y ambientes adversos, permite no involucrarse en situaciones conflictivas.
- Capacidad.- De relacionarse, establecida en sus pares y en redes sociales de apoyo
- Iniciativa.- Hacerse cargo de los problemas y ejerce control sobre ellos, hay inclinación hacia diversos hobbies, deportes y actividades voluntarias;
- Creatividad.- Impone orden, belleza, desarrolla habilidades artísticas, al escribir, pintar, bailar, producir artes.
- Moralidad y ética. Conciencia y compromiso con uno mismo, capacidad de comprometerse con valores,
- Ideología personal.- Conocida como conciencia moral, desarrollo de valores propios, sentido de la lealtad y compasión;

- Sentido del Humor.- espíritu de alegría, capacidad de reírse de moldearse y de jugar¹¹

Algunos estudios realizados acerca de este tema con características de largo plazo reportan haber encontrado entre un 50 y 70% de los jóvenes que crecieron en condiciones de alto riesgo, llegaron a ser socialmente capaces.¹⁰ Se consideran que la *Resiliencia* se fortalece a través de demostraciones de afecto y cariño ya sean físicas y verbales, el reconocimiento de sus éxitos y habilidades, la oportunidad de desarrollar sus destrezas, una actitud de cultivo, cuidado y amor por parte de sus semejantes con el apoyo ético, moral y espiritual.¹¹

Adolescencia

Es una etapa relevante en el ciclo vital individual y el ciclo vital en la familia, en la sociedad. El adolescente es un miembro de un sistema familiar y social que se determina por patrones culturales, es una transición entre la infancia y la edad adulta, según la OMS el lapso de edad que va de los 10 a los 19 años.¹²

Se divide en *adolescencia temprana* (10-13 años) Biológicamente el periodo peripuberal con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías no controlan sus impulsos y plantea metas vocaciones irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbre en su apariencia física.

En la *adolescencia media* (14-16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de

riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

El periodo de la *adolescencia tardía (17 a 19 años)* Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; "son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes"*¹²

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

La O. M. S Informa que hay más de mil millones de adolescentes en todo el mundo y de estos aproximadamente el 83% corresponde a países subdesarrollados. En la década anterior la estadística a nivel internacional reportan que en Japón de cada 100 mujeres de 15-19 años de edad cuatro se embarazan; 8 en Holanda; 33 en el Reino Unido; 41 en Canadá y en Estado Unidos se embarazan un millón de adolescentes. . En los Estados Unidos las mujeres adolescentes ha tenido relaciones sexuales en el 56% de esta población mientras que el varón adolescente en un 73%. Este porcentaje aumenta cada año. En México 24 % de la población son adolescentes. Según datos de la encuesta nacional de 1998. A la edad de 17 años el 33% de los adolescentes hombres iniciaron su vida sexual activa y en el 14 % las mujeres de la misma edad. 4% de 100 adolescentes reportaron haber tenido

un embarazo no planeado. El 35% de los adolescentes reportan violencia intrafamiliar. El 10% de los adolescentes son hijos de madres solteras. El 13 % de los estudiantes son hijos de padres divorciados.

El inicio de la vida sexual activa es en promedio de 16 años. Cada años se registran 2.13 de los cuales 366,000 millones de nacimiento de madres menores de 20 años hecho que contribuye a con 180 muertes maternas. Una de cada 6 mujeres tienen un hijo antes de los 20 años. Cinco de cada 10 adolescentes ha tenido una pareja en las área urbanas 38% antes de cumplir los 20 años y en el medio rural el 59.1 %.

En México, la fecundidad en adolescentes ha descendido lenta pero significativamente, la proporción de mujeres de 15 a 19 años de edad que procrea al menos un hijo disminuyó, a una de cada siete en 1975, a una de cada 12 en 1990 y 2000. En la actualidad la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, estima que los alumbramientos de adolescentes representan el 17% del total de nacimientos en el país. Pero no con ello dejan de reconocer que el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública.

Cifras del fondo de población de las Naciones Unidas, señalan que al menos cuatro millones entre 15 a 19 años se someten cada año a abortos en malas condiciones e indica que el 17% de los jóvenes que tienen actividad sexual utilizan algún método anticonceptivo. En México la edad promedio de inicio de relaciones sexuales entre las y los adolescentes es de 15 años de edad, y el 70% de las jóvenes no utilizan ningún método anticonceptivo contra el 49% de los varones.

En alguna parte de su vida el adolescente incurre en conductas de riesgo dentro de ellas (alcoholismo, drogadicción, relaciones sexuales precoces con embarazos no deseados). En el norte de Chile en 1991 se estudio una población de 1000 adolescentes donde 6% eran menores de 15 años que había tenido relaciones sexuales, el 13.72% de los niños nacidos corresponde a hijos de madre menores de 20 años. Durante el embarazo la adolescente se

enfrenta diversas circunstancias ansiedades, angustias, desilusión, así como irritabilidad, cefaleas de tensión, angustias focalizadas.¹¹

Varias investigaciones identifican la baja escolaridad, o deserción como factor asociado al embarazo adolescente, en el área metropolitana de San José de Costa Rica, el embarazo se producía mayoritariamente en jóvenes adolescentes que habían desertado del sistema escolar y coincide con otros estudios latinoamericanos, donde describen que el destino de la adolescente embarazada no es igual por el modelaje de su personalidad desde su infancia, su rol social que guarda relación con factores económicos y políticos así como la estructura de oportunidades de educación empleo recreación y desarrollo personal en donde se desenvuelva.¹²

En Togo, Colombia, en julio de 1994, de los 3,928,000 habitantes, más del cincuenta por ciento consta en jóvenes entre las edades de 10-24 años en donde encontramos conductas de riesgo como son , la actividad sexual precoz, embarazos no deseados que frecuentemente termina en abortos, enfermedades y / o muerte, anemia durante el embarazo de las adolescentes; así como un discontinuidad del crecimiento del feto, alumbramientos prematuro, pérdida de oportunidad para terminar sus estudios, riesgos de VIH-SIDA y de enfermedades de transmisión sexual; los embarazos de las adolescentes se deben a menudo a la falta de información adecuada sobre salud reproductiva, métodos de planificación familiar, en el seno familiar ya que hay reticencia entre los padres, madres y familias así como algunos miembros de la comunidad, a esta actividad.¹³

Estadísticas a nivel internacional reportan que en Japón de cada 100 mujeres de 15-19 años de edad 4 se embarazan; 8 en Holanda; 33 en el Reino unido;41 en Canadá y 61 en Estados unidos; en Inglaterra más de 90,000 adolescentes se embarazaron de las cuales 8000 eran menores de 16 años y 2200 menores de 14 años. En México 23% de las adolescentes se embarazan, en esta etapa hay una alta frecuencia de complicaciones, que repercuten en la morbi-mortalidad materna y perinatal dos veces más alta que en mujeres adultas, otro factor que acompaña a esta problemática la pobreza que se

presenta en un 38%, además encontramos que solamente el 20% de adolescentes son casados ya que en la gran mayoría de las madres adolescentes son abandonadas por su pareja y su familia ocasionado, que las madres renuncien a tener una profesión, no terminar su educación básica, presentado sentimientos de inseguridad y de fracaso.

Los responsables varones en su mayoría adolescentes en etapa tardía comparten muchas características negativas de sus compañeras (bajo rendimiento académico alta tendencia de abandono escolar y alta tendencia a conducta de riesgo.¹⁰⁻¹⁴

La vida armoniosa familiar es un factor que impulsa y favorece el desarrollo entre sus miembros y por el contrario, la conflictiva familiar se proyecta de manera por demás negativa en lo adolescentes, esto se traduce en que los factores familiares se consideran riesgosos para la salud en general de los jóvenes en familias extremadamente rígidas o blandas.¹⁵

Las adolescentes se embarazan por múltiples factores estresantes, que se asocian a la depresión; el auge de su características propios de la adolescente son de vital importancia para salir adelante.¹⁶

Deyfoos ha conceptualizado la secuencia de factores, antecedentes ligados a las características sociodemográficas y factores personales, familiares, comunitarios y del contexto sociocultural amplio para tener una conducta de alto riesgo que la define como “La mayor probabilidad (riesgo), de que se produzcan consecuencia negativas para la salud.” Entre los antecedentes de estas conducta se pueden considerar ---Características sociodemográficas tales como sexo, edad, etnicidad, educación de los padres, extracción rural o urbana, ---Características individuales como nivel educacional, notas en la escuela, religiosidad, personalidad, y sus características. --- Características familiares tales como grado de cohesión flexibilidad, calidad de comunicación. --- En las Características comunitarias se puede separar las características del sistema educacional, de pares, de los medio de comunicación de masa que llegan al niño. ---En lo Macroeconómico como la situación del empleo, las

oportunidades educacionales, el nivel de ingresos. La alteración en ellas conllevará a conductas de riesgo que constituyen un amplio conjunto como lo son fármaco dependencia, conducta sexual temprana con embarazo no deseado, delincuencia, conductas violentas, deserción escolar, alteraciones del apetito y los problemas psicopatológicos.¹⁷

Los factores que influyen en la aceptación o no de un embarazo no deseado de las adolescentes embarazadas que recurren al aborto en las regiones de América Latina y el Caribe, como una alternativa de solución que le ocasiona riesgo en su salud¹⁸

Es importante descubrir los factores *resilientes* que van a permitir que el adolescente en esta etapa de embarazo afronte su situación y sea competente para salir adelante y evitar conductas de riesgo que afectan su vida.¹⁹

En un estudio realizado en zonas marginales de Lima no encontraron diferencias significativas en los niveles alto, medio y bajos de ansiedad de madres adolescentes con embarazo deseado y no deseado.²⁰

En Chile se realizó un estudio a 182 adolescentes embarazadas (menores de 20 años), en un periodo de 1991-1997 y se encontró la relación de pérdida de autoestima en estas pacientes con un resultado como sigue, normal 60.5% presencia de patología mental en un 18% y de patología orgánica en un 8.7%.²¹

García, P. considera como factores de riesgo del embarazo la baja autoestima, conducta impulsiva, poca sociabilidad y falta de comunicación, inexistencia de proyecto de vida y dificultad en las relaciones.²²

En la Ciudad de Quito Ecuador se estudió a jóvenes de 10-19 años los cuales presentaban un 22% embarazo, de un total de 118 estudiados. Refiriendo los

autores conductas de riesgo como son enfermedades de transmisión sexual, trastornos mentales, drogadicción, delincuencia y suicidio. Aduciendo que las familias tienen factores protectores para este grupo, pero que la crisis social y económica va debilitando su integridad y fortalezas interiores.²³

En la región de Latinoamérica y el Caribe la maternidad temprana marca el camino de una responsabilidad económica ya que hay una existe una disminución de competencia socioeconómica, en la que se desenvuelven aunado a esto la familia de origen en ocasiones la considera una carga extra.²⁴

Edith Grotberg es la autora del modelo, de la estructura *Resiliente* se conforma de los factores *Resilientes* englobados en Yo tengo, Yo soy, Yo estoy, Yo puedo. Individualmente cada punto permite a la persona identificar sus principales cualidades *Resilientes*.^{9-25.}

Investigaciones Similares:

Ahedo, P. C. aplicó 70 encuestas a adolescentes embarazadas en un estudio descriptivo encontraron que tenían una pobre imagen personal ya que el 83 % de ellas se caso antes de lo planeado, un 64% tuvo que dejar sus estudios. El 67 % de las adolescentes encuestadas refirieron no tener claro un plan de vida.²⁶

Sereno, y colaboradores estudiaron 237 adolescentes embarazadas y se encontró que un 92.82% eran primigestas. Un 42.19% vivían en unión libre. No eran autónomas pues dependían de una persona en el 99% de los casos, el 43.3% solo tenía primaria y un 2.10% preparatoria.²⁷

Keb V, Reporto 16.54 de “*resiliencia poco fomentada*” al realizar un estudio a 323 adolescentes donde 162 eran mujeres y 157 hombres con edad de 10-19 años con una media de 16.4 años.²⁸

Henderson E. y Civitan G. Al realizar un estudio en una población de niños de 3 a 11 años, 580 en total de 14 comunidades donde se identificaron situaciones de riesgo, encontrando del 16.54% a 52%, de “*resiliencia poco fomentada*” dependiendo de la edad del paciente.²⁹

Idrovro N. Estudió a 118 adolescentes con conducta de riesgo como son relaciones sexuales precoces de 10-15 años (54.2% - 64) los factores protectores familiares con RR 0.49 con intervalo de confianza de 95% beneficio de protección estabilidad del trabajo RR 0.79% nivel de instrucción de los padres RR 0.85% riesgo débil en la desorganización familiar RR 1.28 y baja confianza RR 1.28.³⁰

Issler, J. Realizo una investigación en 185 adolescentes embarazadas menores de 20 años donde había perdida de la autoestima reflejada en patología siquiátrica, normal de un 60,6% de las adolescentes un 42% normal un 17.6% con trastorno de la personalidad. Con trastornos emocionales 18.9% de este con reacción angustiosa y depresiva 16.2% y trastornos neuróticos en 2.7%. y con Patología Orgánica 8.7% con retraso mental 7.6% y daño orgánico 1.1%.³¹

Prado y Molina realizaron un estudio en tres colegios. El diseño es descriptivo, comparativo aplicado la escala de Resiliencia para adolescentes, con el enfoque de Wolyn & Wolyn. Con respecto al género no hubo diferencias significativas en la puntuaciones totales de *resiliencia* que si se hallaron diferencias en la áreas de interacción a favor del genero femenino $p = .011$ estrato bajo e inicia a favor del nivel alto ($p = 0.34$).³²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública ya que no es afrontado con toda conciencia, esto se reporta en la literatura a nivel internacional, ya que existen en el mundo alrededor de 1,200, 000 millones de adolescentes que se concentra en el 85 % en países en desarrollo, tales como en Asia y Pacífico 700 millones.

En América y el Caribe alrededor de 100 millones; en la década anterior se reporta un aumento de los embarazos de las adolescentes de 10 a 19 años, cerca de 56% han tenido relaciones sexuales y este porcentaje va en aumento. En México contamos con 10,283 son adolescentes y alrededor de 4,500 de los nacimientos anuales corresponde al 15% en adolescentes. En el estado de Tabasco actualmente hay 934,515 adolescentes: en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 cuenta con una población de 4,336 adolescentes de 10-19 años del sexo femenino. En el periodo del enero-julio 2004 se registraron un total de 782 mujeres embarazadas de las cuales el 18% son adolescentes.

Conociendo que cada día aumenta el número de mujeres adolescentes que se embarazan sin plena conciencia y que es el Médico Familiar su primer contacto para la vigilancia del embarazo, es importante considerar la identificación oportuna de la resiliencia en esta población en la que las repercusiones son de varios ámbitos en lo familiar, psicológico y en lo social así como para la madre que puede incurrir en actos de riesgo como son el aborto, el alcoholismo, la drogadicción, la deserción escolar, la desilusión y los sentimientos ambivalentes y hasta la repercusión más grave el día de hoy como es el "suicidio".

Más sin embargo existen grupos de personas que tienen las mismas problemáticas que enfrentan con éxito las adversidades de esta situación

saliendo airoso en su persona y favoreciendo a su producto y que le permiten continuar con sus expectativas de realización y vida.

Ellas reúnen un conjunto de características de autoestima, confianza y autonomía así como de competencia social que se conoce como "*Resiliencia*"; Estas características son favorables y deseables para todo el ser humano que no esta exento de alguna vez enfrentar situaciones adversas en el transcurso de su vida. Sí los individuos poseen *Resiliencia*, las expectativas sociales y personales son más amplias pero si adolece de estas características cae en riesgo de conductas nocivas para su salud o hasta la muerte.

Por lo antes referido surge el siguiente cuestionamiento.

¿Cual es la frecuencia de la resiliencia en la adolescente primigesta derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 39?

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la etapa de adolescente se presenta en 15, 000,000 de jóvenes, principalmente en países en desarrollo y en México 23 de cada cien jóvenes se embarazan. Tabasco presenta una frecuencia del 30%, enfrentando así, las familias y la humanidad tanto crisis económica como social, desestabilizando la integridad de las mismas. En este problema de salud pública se consideran como factores de riesgo a la conducta impulsiva, poca sociabilidad, la falta de comunicación y la dificultad de relacionarse de la adolescente, así como de la carencia de un proyecto de vida.²⁰ Otros de los factores que se atribuyen al embarazo en la adolescente, son la drogadicción y la delincuencia y actualmente el maltrato familiar aunado a la influencia del tipo de relación que exista con sus padres y las conductas de sus congéneres.

La trascendencia del embarazo en los adolescentes se ha relacionado con la perdida de la autoestima de estas mismas, con la presencia de algún tipo de patología mental (trastornos ansio depresivos, esquizofrenia, etc.): en 18 de cada cien mujeres, aproximadamente 8.7% de ellas con patología orgánica y con dos veces mas de riesgo de mortalidad materno-infantil que en la etapa de mujeres adultas.²² El embarazo temprano tiene como desventaja para la adolescente, su estado general de salud en el momento de la gestación como puede ser su desarrollo biológico y sus condiciones nutricionales, que si estuvieran inmaduras puede ocasionar a la madre padecer amenaza de aborto o parto prematuro como también a presentar susceptibilidad de crisis juveniles que la predisponen a padecer depresión por los cambios que esta enfrentando o por la suma de los conflictos de la que esta inmersa, en donde se ha visto que puede llevarlas al intento o consumación del suicidio, al igual que pueden caer en conductas delictivas bajo la influencia de drogas. Además que el embarazo temprano le permite a la adolescente un mayor tiempo de fecundidad y por tanto procrear un mayor numero de hijos.^{10,14}

La inmadurez biológica de la madre y la falta de conocimiento de la evolución del embarazo, en donde la resolución del mismo se presenta en el siguiente orden: el parto distócico, cesárea y el abortos. Las condiciones biológicas de

adolescente repercuten en el producto, propiciando un hijo de bajo peso o desnutrición in útero, disminuyendo la posibilidad de tener un desarrollo normal y una excelente calidad de vida. Otros factores de riesgo para los productos es la forma en que concibió la adolescente, ya que la falta de protección o el abuso sexual predispone al binomio a un mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual, así como una frecuencia alta de sufrimientos fetales debido a la falta de cooperación de la madre a la hora del parto.^{21,23}

De el punto de vista demográfico en términos de sus consecuencia para el crecimiento de la población se indica y los datos así lo demuestran que el embarazo temprano contribuye a la elevación de la tasa de crecimiento de la población y se efectúa de manera desmesurada puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad.

Para las adolescentes que se embarazan la extensión de la escolaridad y la apertura de acciones de vida distintas a la maternidad solo se Irán produciendo conforme la adolescente tenga la capacidad de enfrentar a las adversidades de esta etapa de su vida a través de la *resiliencia* la cual tiene como pilares a la competencia social jerarquerizando lo que es como persona y su autoestima en la búsqueda de confianza y autonomía. .^{1- 4-5-6}

Este trabajo aporta la frecuencia de características que engloban a la *resiliencia* en una población cautiva de adolescentes embarazadas, con la finalidad de identificar y planear estrategias para fortalecer a este grupo de mujeres en la búsqueda de reintegrarlas dentro de un núcleo familiar, núcleo social y en los servicios de salud. Este trabajo tiene como propósito valorar la resiliencia, la cual se define como la capacidad humana de hacer frente a las adversidades en la vida, superarlas y aquí a la manera de superar la situación a la que se enfrenta la adolescente embarazad. Y aporta la frecuencia de *Resiliencia* que posee la población adolescente embarazada cautiva de una unidad de medicina familiar

OBJETIVO GENERAL

* Conocer la relación y asociación entre el embarazo y la grado de *Resiliencia* en la adolescente.

* Identificar la frecuencia de *Resiliencia* en la adolescente embarazada derechohabiente de la Unidad de Medicina Familiar No. 39.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Identificar y describir las características *Resilientes* presente en las adolescentes primigestas de la Unidad de Medicina Familiar No. 39.

2.- Cuantificar los casos de *Resiliencia* de acuerdo a su grado en las embarazadas adolescentes.

3.- Evaluar el riesgo y la relación entre el embarazo y el grado de *Resiliencia* en la adolescente.

METODOLOGIA.

Material y Método.

Tipo de Estudio: Descriptivo, prospectivo, transversal, comparativo.

Población, lugar y tiempo de estudio: Se estudio una n de 51 mujeres Adolescentes Embarazadas (Grupo Observacional) y en un segundo grupo con n = 51 Adolescentes sin Embarazadas (grupo Control), ambas derechohabientes, de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 "Ignacio García Téllez" del Instituto Mexicano del Seguro Social de Villahermosa, Tabasco. De octubre 2004 al mes de febrero del 2006, que incluyo la fase de elaboración del Protocolo de Investigación, la fase practica con la aplicación de las encuestas, integración de los resultados y revisión final.

Calculo de la muestra: "n". muestral se calculó a través del Programa Estadístico STATS, considerando que se atendieron a 782 mujeres embarazadas en total en esta Unidad de Medicina Familiar No. 39, en el periodo del los 6 últimos meses, con un porcentaje estimado de la muestra de 95% , un error máximo aceptable de 5% y un nivel deseado de confianza del 95%.

$$n = 50.75 = 51$$

Se estudiaron 102 adolescentes 51 con embarazo de primera vez y 51 adolescentes no embarazadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres de 14-19 años.

Con embarazo de primera vez.

Mujeres de 14-19 sin embarazo.

Derechohabientes de la U. M. F. No. 39.

Que firmen el consentimiento informado.

Sin Enfermedad Crónica.

Sin Antecedentes de Enfermedad Psiquiátrica o Psicológica.

CRITERIOS DE EXLUSION

Mujeres menores de 14 años o mayores de 19.

Con más de un embarazo.

No derechohabientes de la U. M. F. No. 39.

Que no firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que haya presentado aborto durante el tiempo de estudio , que haya perdido su vigencia durante el estudio o que no hayan contestado adecuadamente la encuesta.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

***Variables de Interés (cualitativas)**

♦ Características de Resiliencia:

- Autoestima
- Confianza
- Autonomía
- Competencia social.

♦ Frecuencia de Resiliencia.

CONCEPTUALIZACION DE VARIABLES.

Variables de Interés (Cualitativas)

• Características de Resiliencia;

Resiliencia son las característica que posee cada individuo para resistir la adversidad, constituyen una amalgama de posibilidades que producen respuesta asertivas y satisfactorias que permiten la solución conflictos. Y consta de cuatro características como son 1) Autoestima , Soy una persona que por la que otros siente aprecio y cariño, feliz cuando hago algo bueno para los demás y les muestro mi afecto: 2) Confianza, Puedo hablar de cosas que me asustan y me inquietan busco de manera la manera de resolver mis problemas controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no esta bien .3) Autonomía; Estoy, dispuesto de responsabilizarme de mis actos, seguro de que todo saldrá bien, triste lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo. 4) Competencia Social, Tengo; personas a mi alrededor de quien confió y quien me quieren incondicionalmente personas

que me ponen límite para que aprenda evitar peligros y problemas, personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.

En este estudio estas características se consideran favorables para la persona embarazada por las situaciones de riesgo en las que se pueden desarrollar y a los problemas que se enfrenta y sea capaz de resolverlos y tener una evolución armoniosa, satisfactoria y completa. .

*** Frecuencia de Resiliencia:**

La frecuencia son los porcentajes de los casos en cada categoría en este estudio de *resiliencia* y *resiliencia* poco fomentada.

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Variables de Interés (cualitativas)

Característica de resiliencia:

Esta variable será medida a través de escala ordinal en base a una de proporción y traducida a una nominal con calificación del 5 al 1 para cada una de las 32 preguntas que contiene el Test. (Anexo 1) ¹⁹

ESCALA ORDINAL	CALIFICACION	PROPORCION %	ORDINAL
SIEMPRE	5	100%	RESILIENTE
CASI SIEMPRE	4	80%	RESILIENTE
ALGUNAS VECES	3	60%	POCO RESILIENTE
CASI NUNCA	2	40%	POCO RESILIENTE
NUNCA	1	20%	SIN RESILIENCIA

La escala en el Test de Grotberg a su vez serán sometidos a la valoración de Wolyn y Wolyn considerando lo siguiente; Esta escala contiene 24 características personales para valorar resiliencia. El total de puntuación que valora esta escala es de 630 puntos equivalentes a el 100%, puntuación ideal de la *Resiliencia*.

De forma horizontal cada característica equivale a un porcentaje que sumados deben dar 100%. De aquí se parte para valorar a cada paciente considerando los dos primeros cuartiles (características 1.- 12), como que la paciente posee "Estado ideal de Resiliencia" y los dos cuartiles restantes (característica 13-24) como "Poco Fomentada la Resiliencia" (Anexo 2)

- **Frecuencia de resiliencia:**

Se medirá por escala de proporción (cuantitativa) considerando la siguiente formula:

$$\% = \frac{\text{No. de casos con resiliencia} \times 100}{\text{Total de casos estudiados.}}$$

M É T O D O

Se identifico a la población adolescentes con y sin embarazo de todos los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 39, que reunieron los criterios de inclusión y se les invito a participar en el estudio, y firmaron autorizando el consentimiento informado.

A la paciente que reunía todas las condiciones, se les aplicó el Test de Grotberg, que tiene dos partes, la ficha de identificación y los 32 reactivos (soy, tengo, estoy y puedo); se realizo a cada una de las adolescentes con y sin embarazadas hasta reunir la cantidad de pacientes igual a una “n” de 51 para cada uno de los grupos, realizándose en forma diaria en el Auditorio de esta Unidad, de 13.30 horas a 14.30 horas, posteriormente se evaluaron y revisaron aquellos test que hubieran sido omitida alguna respuesta o no contara con todos los datos de identificación se eliminaron.

Después a todos ellos se les realizo el concentrado de la información para poder efectuar el análisis de los datos plasmados en ellos y obtener los resultados, de cada uno de los dos Test posteriormente se someterá el Test de Grotberg a través del de la Escala de Características Personales de Wolyn & Wolyn y se obtuvo de esta manera la frecuencia de la Resiliencia y se expreso en comparación de ambos grupos. Se utilizó para su reporte tablas y graficas así como para su análisis el Método Estadístico de X^2 (Chi Cuadrada); RR (Riesgo Relativo); VPP (Valor Predictivo Positivo); VPN (Valor Predictivo Negativo).

METODO ESTADÍSTICO

La estadística de tipo descriptivo y de tendencia central fue empleada para presentar los resultados de este estudio.

Para analizar los datos se empleo la prueba de X^2 y pruebas de asociación RR, y VPP. VPN.

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

$$X^2 = \frac{\sum (\text{sumatoria}) (\text{"O"} \text{ Frecuencias observadas} - \text{"E"} \text{ Frecuencias esperadas})^2}{\text{Frecuencias esperadas.}}$$

X^2 de Tablas 3.8

GL: Grados de libertad (2-1) (2-1)

$$(1) (1) = 1$$

$\alpha = 0.05$

RR. Riesgo Relativo. $\frac{\text{Incidencia de expuestos}}{\text{Incidencia de los No expuestos}}$ $\frac{(a/a+b)}{c/c+d}$

VPP: Valor Predictivo positivo. $\frac{a}{a+b}$

VPN: Valor Predictivo Negativo. $\frac{d}{c+d}$

a= Frecuencia observada, observacional

b=Frecuencias esperadas observacional.

c= Frecuencias observada control

d= Frecuencias esperadas control.

CONSIDERACIONES ETICAS

En esta investigación se han considerado los criterios de Helsinki., no dañar física, moral o psicológicamente al paciente según se establece en la declaración de Helsinki adoptada por la Asamblea Medica de Helsinki en 1964 titulo segundo capitulo 1 articulo 17 fracción II, revisada por la XXXIX Asamblea Mundial de Tokio Japón en 1975. (Anexo-A). Todos los participantes recibieron información amplia, integral, y satisfactoria sobre el estudio realizado, firmando por escrito el consentimiento informado, considerando la confidencialidad de la información y el derecho a no participar en el estudio.

RESULTADOS

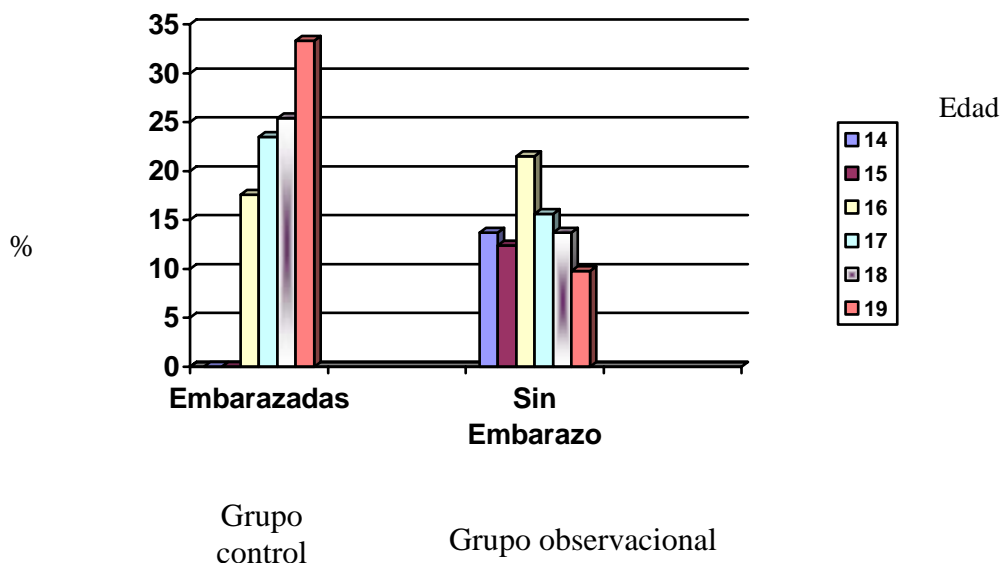
Características de la población estudiada

Edad; La edad de mayor frecuencia que se encontró en las jóvenes embarazadas fue de 19 años, con 33.33% (17) y la edad de menor frecuencia fue la de 16 años con 17.6% (9). En el grupo control de no embarazadas la edad mínima fue de 14 años y la máxima de 19 con mayor frecuencia la edad de 16 años. Tabla 1 y Grafica 1.

Tabla 1. **Distribución porcentual de edad en los grupos Observacional y control**

	Grupo Observacional		Grupo Control	
	EMBARAZADAS		NO EMBARAZADAS	
Edad	FA	FR	FA	FR
14 AÑOS	0	0	7	13.7
15 AÑOS	0	0	13	25.5
16 AÑOS	9	17.7	11	21.6
17 AÑOS	12	23.5	8	15.6
18 AÑOS	13	25.5	7	13.7
19 AÑOS	17	33.3	5	9.8
Total	51	100	51	100

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de identificación del Test de Grotberg



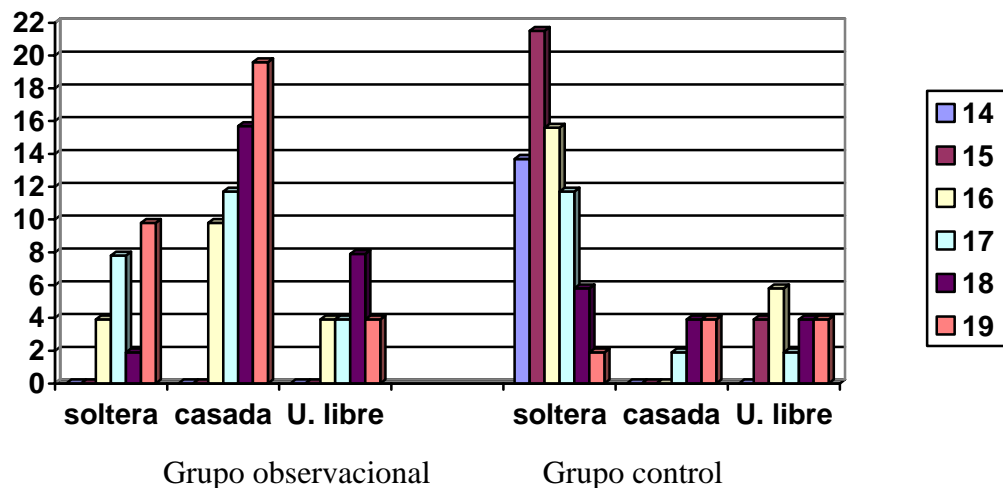
Grafica 1. **Distribución porcentual de edad en el grupo Observación al (embarazadas) y el grupo control (sin embarazo)**

Estado Civil. La frecuencia mayor de mujeres casadas se presentó en el grupo observacional con 19.6% (10) a diferencia del grupo control en quienes el estado civil encontrado de mayor frecuencia fueron las solteras con 21.5% (11). Tabla 2 y Grafica 2.

Tabla 2. Distribución porcentual del estado civil en mujeres del grupo observacional y el de control

EDAD	Grupo Observacional						Grupo Control					
	SOLTERAS		CASADAS		UNION LIBRE		SOLTERAS		CASADAS		UNION LIBRE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
14	0	0	0	0	0	0	7	13.7	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	11	21.6	0	0	2	3.9
16	2	3.9	5	9.8	2	3.9	8	15.7	0	0	3	5.8
17	4	7.9	6	11.5	2	3.9	6	11.7	1	1.9	1	1.9
18	1	1.9	8	15.7	4	7.9	3	5.8	2	3.9	2	3.9
19	5	9.8	10	19.6	2	3.9	1	1.9	2	3.9	2	3.9
Total	12	23.5	29	56.8	10	19.6	36	70.2	5	9.8	10	19.6

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de identificación del Test de Grotberg



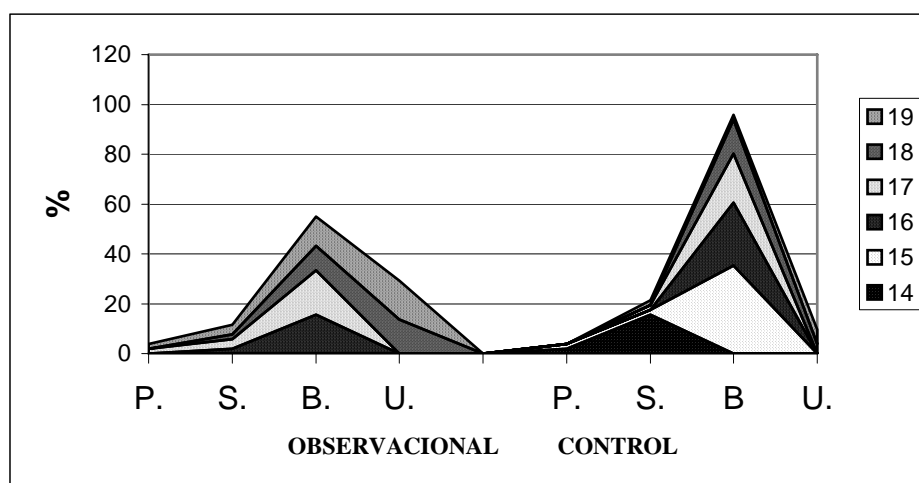
Grafica 2. Porcentaje del estado civil en mujeres del grupo observacional y el de control

Escolaridad; El nivel educativo que presento la población estudiada fue el nivel de preparatoria en primer lugar y en segundo el universitario. En el grupo observacional el porcentaje mayor fue el nivel de preparatoria con 17.6% (9) al igual que en el grupo control con 21.6% (11) y en segundo lugar las mujeres tuvieron el nivel universitario con 15.8%(8) y el 17.7% (9) en el respectivo grupo Tabla 3 y Grafica 3.

Tabla 3: **Distribución porcentual del nivel escolar en el grupo Observacional y en el grupo Control.**

EDAD	GRUPO OBSERVACIONAL								GRUPO CONTROL							
	PRIM.		SEC.		BACH.		UNIV.		PRIM.		SEC.		BACH.		UNIV.	
	F. A.	F. R.	F. A.	F.R.	F. A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F. A.	F.R.	F.A.	F.R.
14	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.9	5	9.8	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.9	1	1.9	11	21.6	0	0
16	0	0	1	1.9	8	15.7	0	0	0	0	2	3.9	9	17.7	0	0
17	1	1.9	2	3.9	9	17.6	0	0	0	0	2	3.9	6	11.7	0	0
18	0	0	1	1.9	5	9.8	7	13.7	0	0	0	0	5	9.8	2	3.9
19	1	1.9	2	3.9	6	11.7	8	15.8	0	0	1	1.9	2	3.9	2	3.9
TOTAL	2	3.9	6	11.7	28	54.9	15	29.4	3	5.8	11	21.6	33	64.7	4	7.9

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de identificación del Test de Grotberg



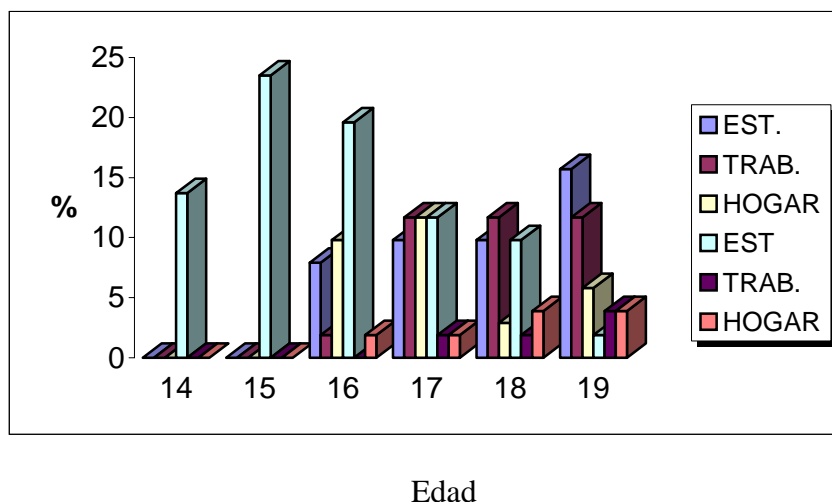
Grafica 3 **Distribución porcentual del nivel escolar en el grupo Observación al (embarazadas) y el grupo control (sin embarazo). P primaria, S secundaria, B bachillerato, U universitario.**

Ocupación: El 43.1% (22) de las embarazadas fueron estudiantes ocupando el primer lugar al igual que las mujeres del grupo control también se dedican a estudiar con 80.3% (41) y en segundo lugar son trabajadoras en ambos grupos aunque es mayor en el grupo observacional 25.5% (13). Tabla 4 y Grafica 4.

Tabla 4.- **Distribución porcentual del la ocupación de las mujeres con y sin embarazo**

Edad	Grupo Observacional						Grupo control					
	EST.		TRAB.		HOGAR		EST.		TRAB.		HOGAR	
	F. A.	F. R.	F. A.	F. R.	F. A.	F. R.	F. A.	F. R.	F. A.	F. R.	F. A.	F. R.
14	0	0	0	0	0	0	7	13.7	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0	12	23.5	0	0	0	0
16	4	7.9	0	0	5	9.8	10	19.6	0	0	1	1.9
17	5	9.8	1	1.9	6	11.7	6	11.7	1	1.9	1	1.9
18	5	9.8	6	11.7	2	3.9	5	9.8	1	1.9	2	3.9
19	8	15.7	6	11.7	3	5.8	1	1.9	2	3.9	2	3.9
Total	22	43.1	13	25.5	16	31.3	41	80.3	4	7.9	6	11.7

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de identificación del Test de Grotberg.



Grafica 4. **Distribución porcentual del tipo de ocupación que ejercen las mujeres del grupo observacional y las del grupo control**

Religión: El 64.7% (33) y el 68.6% (35) del grupo observacional y del control profesan la religión católica en segundo lugar testigos de Jehová 9.8% (5) y presbiteriana 7.9 (4) respectivamente. Tabla 5 y Grafica 5.

Tabla 5. Distribución porcentual de la religión del grupo observacional y grupo control

Edad	Católica				Cristiana				Presbiteriana				Adventista				T.deJehova				Mormon			
	Obs.		control		Obs.		control		Obs.		control		Obs.		control		Obs.		control		Obs.		control	
	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR	F	FR
14	6	11.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	0	0
15	1	21.6	0	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	0	0	0	1	1.9	0	0	0	0	0	0
16	7	13.7	7	13.7	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0	0	0	0	0	2	3.9	1	1.9	0	0	0	0
17	6	11.7	6	11.7	2	3.9	0	0	1	1.9	1	1.9	0	0	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0	1	1.9
18	2	3.9	9	17.7	1	1.9	0	0	1	1.9	2	3.9	2	3.9	0	0	1	1.9	1	1.9	1	1.9	0	0
19	3	5.8	1	21.6	1	1.9	1	1.9	0	0	1	1.9	0	0	1	1.9	1	1.9	2	3.9	0	0	1	1.9
T.	35	68.6	33	64.7	58	9.2	23	3.9	47	7.9	47	7.9	29	3.9	29	3.9	78	9.8	58	9.8	19	1.9	23	3.9

Fuente: Datos obtenidos de la ficha de identificación del Test de Grotberg.

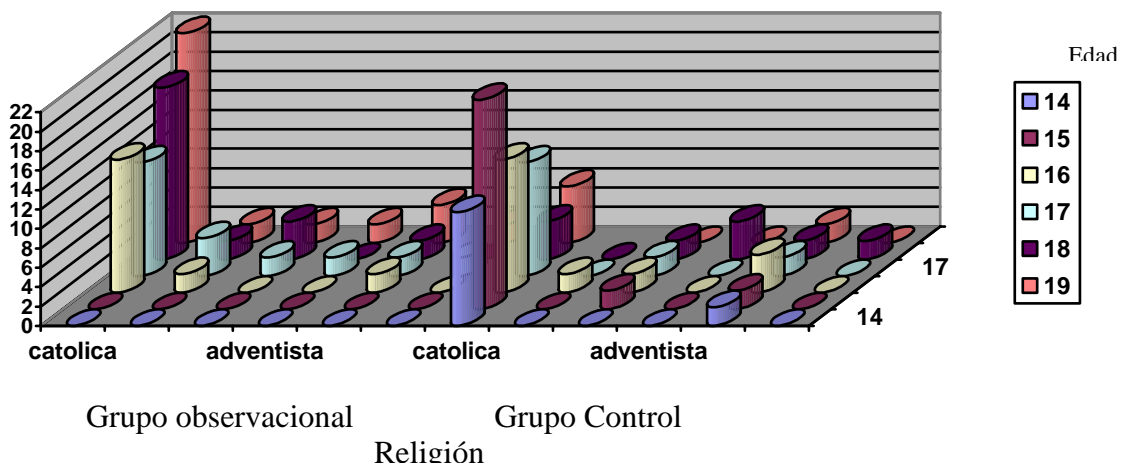


Figura 5. Porcentaje del tipo de religión que profesan las mujeres del grupo observacional y las del control.

Grados de la Resiliencia de acuerdo a características individuales

Competencia Social: Esta característica se presentó en 77.9% de acuerdo a las puntuaciones lo que da como resultado una menor frecuencia de *resiliencia* en el grupo observacional que en el grupo de control con 91.5%. En cuanto a los grados de resiliencia, se observó que en el grupo observacional se presentó el grado de “poco resiliente” en 21.3% y en menor frecuencia de 8.5% en el grupo control. La competencia social que relaciona al “grado no resiliente” se presentó en el 0.8% que representa la respuesta “*nunca*” de 4 mujeres embarazadas (observacional) y ninguna mujer del grupo control resultó no resiliente en cuanto a esta característica. Tabla 6, 7 y Gráficas 6 y 7.

Tabla 6. Distribución porcentual de la Competencia social como característica de Resiliencia en las mujeres embarazadas del grupo observacional.

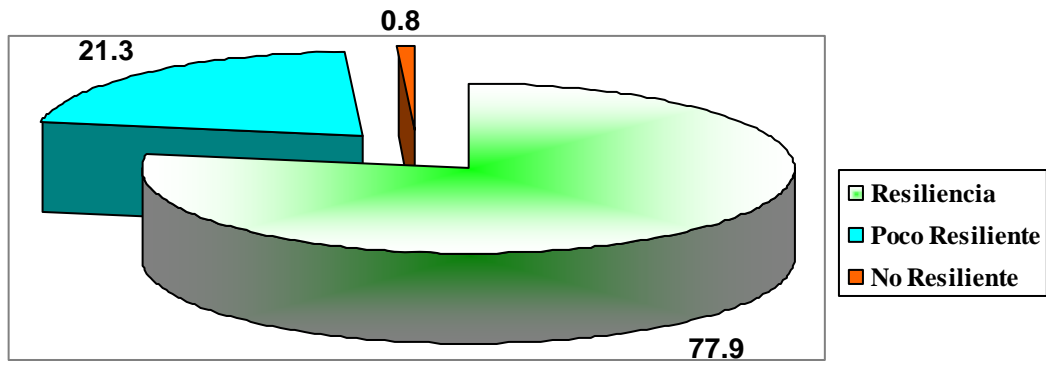
	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Competencia Social (tengo)						
Siempre	261	56.8				
Casi siempre	96	20.9				
Algunas veces			71	15.4		
Casi nunca			27	5.8		
Nunca					4	0.8
Total	357	77.9	98	21.3	4	0.8

Tabla 7. Distribución porcentual de la Competencia social como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.

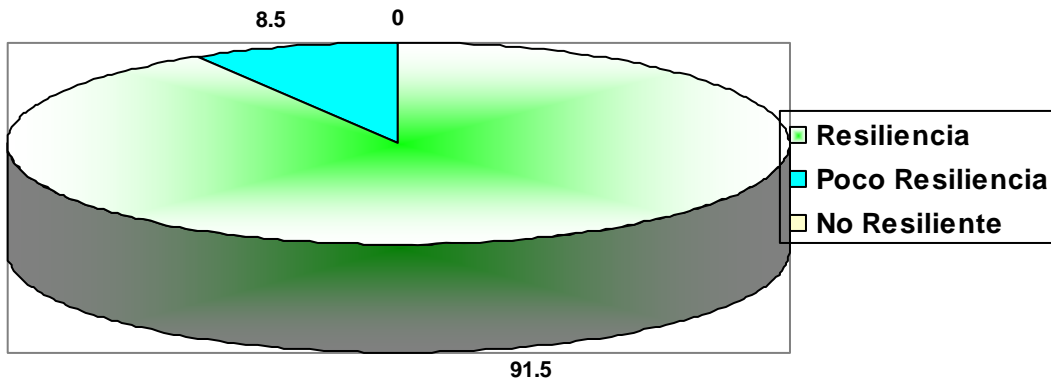
	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Competencia Social (tengo)						
Siempre	344	74.9				
Casi siempre	76	16.5				
Algunas veces			31	6.7		
Casi nunca			9	1.9		
Nunca					0	0
Total	420	91.5	40	8.5	0	0

Fuente: Tabla 6 y 7. Análisis de las puntuaciones individuales agrupadas del total de mujeres embarazada a través de la encuesta de Resiliencia según el Modelo de Grotberg

Grafica 6. Porcentaje de la competencia social de acuerdo a puntuaciones como característica de la Resiliencia en el grupo observacional



Grafica 7. Porcentaje de la competencia social de acuerdo a puntuaciones como característica de la Resiliencia en el grupo control. En este grupo no se observo ningún paciente no resiliente.



Autoestima: La autoestima fue observada en 79.9% de las embarazadas y 93.8% en las no embarazadas que las califica con “*resiliencia*”. El grado de “*poco resiliente*” fue de 19.8% y 6.2 respectivamente. El grado “*no resiliente*” se presento en 0.2% solo en el grupo de las embarazadas. Tabla 8, 9 y Graficas 8 y 9.

Tabla 8. Distribución porcentual de la Autoestima como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo observacional.

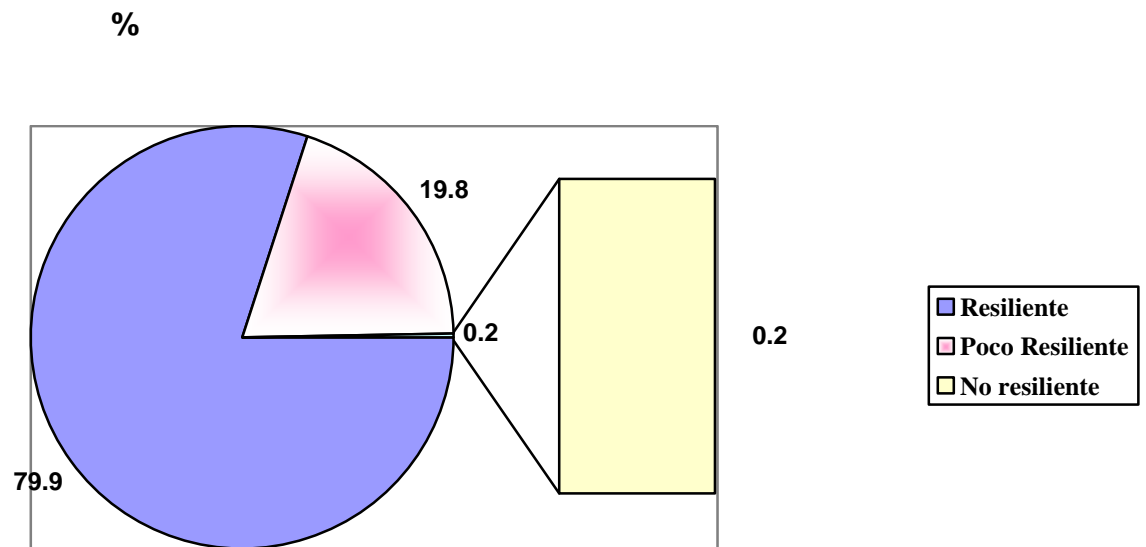
Autoestima (Soy)	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Siempre	254	62.2				
Casi siempre	72	17.6				
Algunas veces			69	16.9		
Casi nunca			12	2.9		
Nunca					1	0.2
Total	326	79.9	81	19.8	1	0.2

Tabla 9. Distribución porcentual de la Autoestima como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.

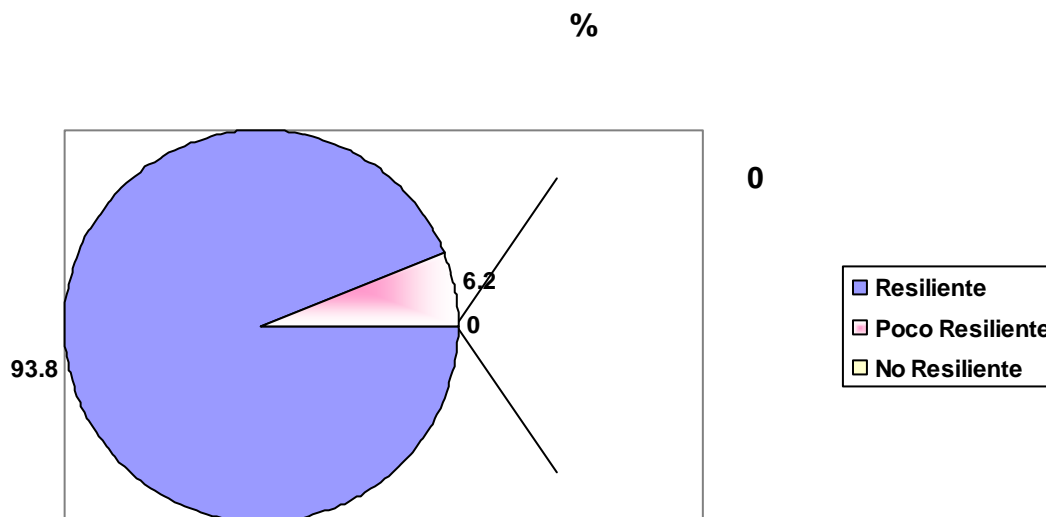
Autoestima (soy)	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Siempre	317	77.6				
Casi siempre	66	16.1				
Algunas veces			18	4.4		
Casi nunca			7	1.7		
Nunca					0	0
Total	383	93.8	25	6.2	0	0

Fuente: Tabla 8 y 9 . Análisis de las puntuaciones individuales agrupadas del total de mujeres embarazada a través de la encuesta de Resiliencia según el Modelo de Grotberg

Grafica 8. Distribución porcentual de las puntuaciones de la Autoestima como característica de Resiliencia en las mujeres con embarazo del grupo observacional.



Grafica 9. Distribución porcentual de la Autoestima como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.



Autonomía: La autonomía fue de 82.9% y 92.1% en el grupo observacional y de control respectivamente calificando las como “resilientes”. En el mismo orden “poco resiliente” se encontró en el 16.6% y 7.8%, resultando mas alta esta característica en el grupo de embarazadas. La “no resiliencia” fue de 0.3% en el grupo observacional y ninguna mujer del grupo control presento esta característica. Tabla 10, 11 y Graficas 10, 11.

Tabla 10. Distribución porcentual de la Autonomía como característica de Resiliencia en las mujeres con embarazo del grupo observacional.

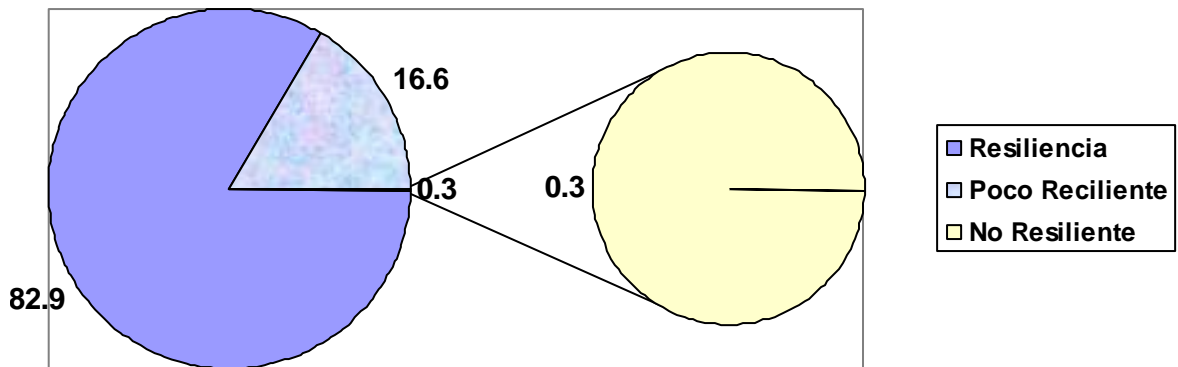
Autonomía (Estoy)	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Siempre	193	63.0				
Casi siempre	61	19.9				
Algunas veces			42	13.7		
Casi nunca			9	2.9		
Nunca					1	0.3
Total	254	82.9	51	16.6	1	0.3

Tabla 11. Distribución porcentual de la Autonomía como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.

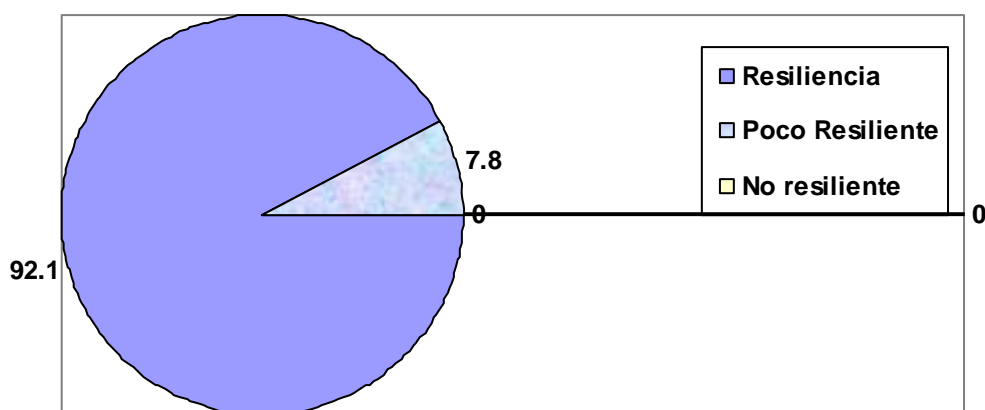
Autonomía (Estoy)	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Siempre	246	80.3				
Casi siempre	36	11.7				
Algunas veces			20	6.5		
Casi nunca			4	1.3		
Nunca					0	0
Total	282	92.1	24	7.8	0	0

Fuente: Tabla 10 y 11. Análisis de las puntuaciones individuales agrupadas del total de mujeres embarazadas recabadas a través de la encuesta de Resiliencia según el modelo de Grotberg.

Grafica 10. Distribución porcentual de las puntuaciones de Autonomía como característica de *Resiliencia* en las mujeres con embarazo del grupo observacional



Grafica 11. Distribución porcentual de las puntuaciones de Autonomía como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.



Confianza: La confianza se presentó en 78.1% y 90.8% en el grupo observacional y el de control, habiendo menor **resiliencia** en el primer grupo. El 19.3% de las embarazadas fue **poco resiliente** comparado con 9.1% de las del grupo control. Esta característica fue nula (nunca) en el 1.5% de las embarazadas lo cual las califica como **no resiliente**, sin embargo ninguna paciente del grupo control calificó con este grado. Tabla 12.13 y Gráficas 12, 13.

Tabla 12. Distribución porcentual de la Confianza como característica de Resiliencia en las mujeres con embarazo del grupo observacional.

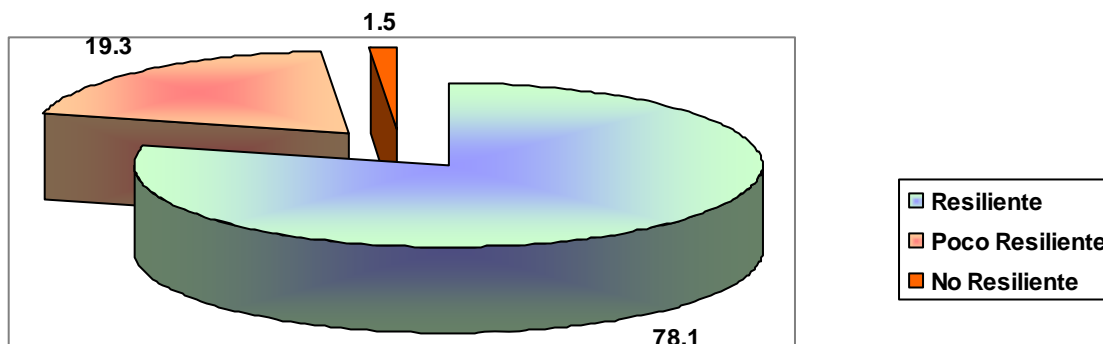
Confianza (puedo)	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Siempre	278	60.5				
Casi siempre	81	17.6				
Algunas veces			74	16.1		
Casi nunca			15	3.2		
Nunca					7	1.5
Total	359	78.1	89	19.3	7	1.5

Tabla 13. Distribución porcentual de Confianza como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.

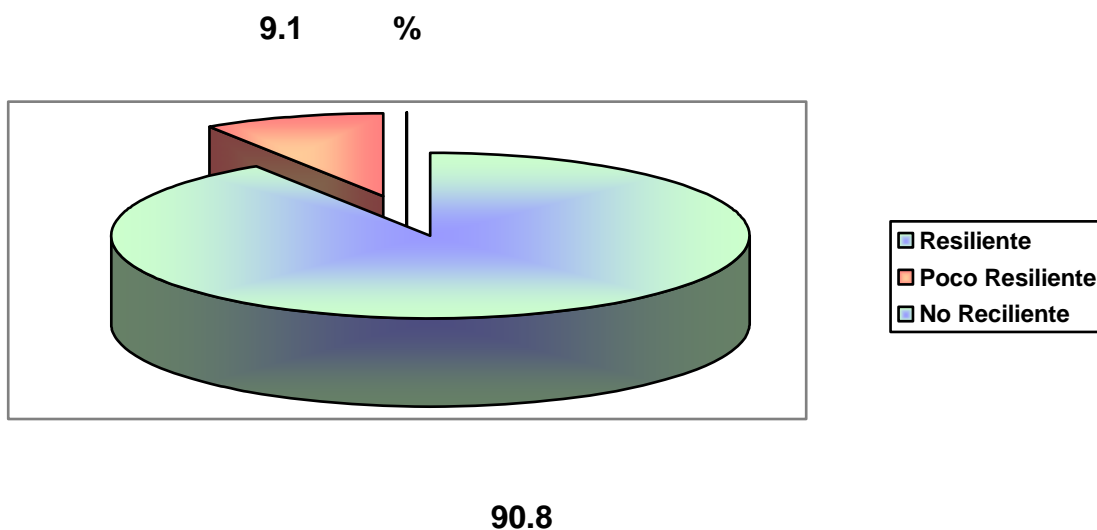
Confianza (Puedo)	Resiliente		Poco Resiliente		No Resiliente	
	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR	FA (puntuaciones)	FR
Siempre	360	78.4				
Casi siempre	57	12.4				
Algunas veces			30	6.5		
Casi nunca			12	2.6		
Nunca					0	0
Total	417	90.8	42	9.1	0	0

Fuente: Tablas 12 y 13. Análisis de las puntuaciones individuales agrupadas del total de mujeres embarazadas de la encuesta de Resiliencia según el modelo de Grotberg.

Grafica 12. Distribución porcentual de la Confianza como característica de Resiliencia en las mujeres con embarazo del grupo observacional.



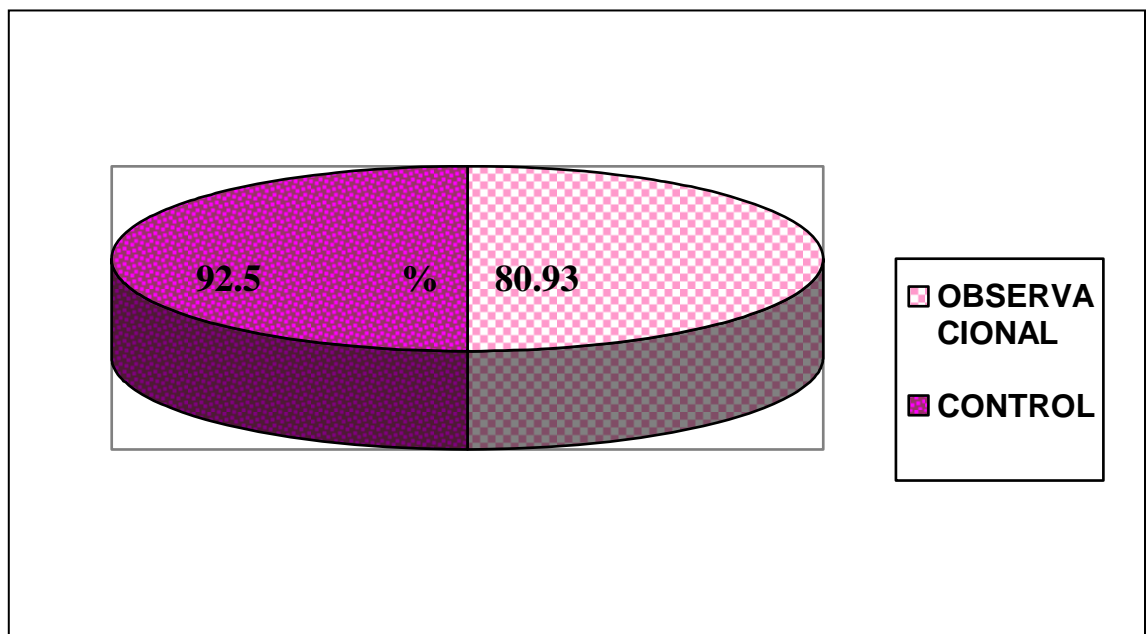
Grafica 13. Distribución porcentual de las puntuaciones de la Confianza como característica de Resiliencia en las mujeres sin embarazo del grupo control.



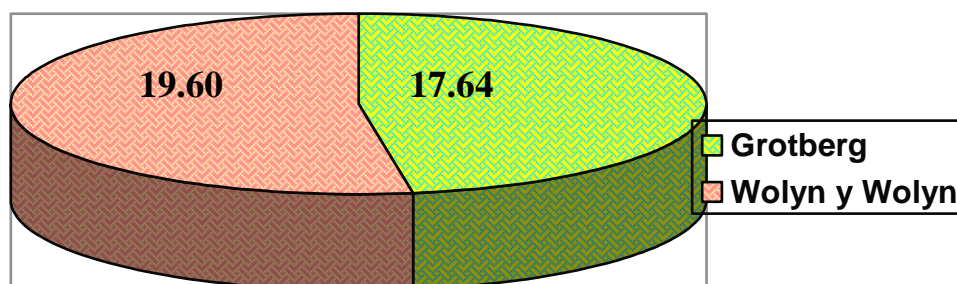
Frecuencia de Resiliencia: La frecuencia de *Resiliencia* fue mayor para el grupo control (92.15%) que para el observacional (80.39%) mediante la valoración de ambas escalas escala (Grotberg, Wolyn y Wolyn). Tabla 14, 15,16 en anexo 4, 5, y 6 respectivamente y Grafica 14.

La clasificación “*poco resiliente*” resulto mayor en frecuencia con la escala de Wolyn y Wolyn (19.60%) en comparación con la escala de Grotberg (17.64%). Tabla 14,15, 16 en anexo 4,5 y 6 respectivamente y Grafica15. Solo con la escala de Grotberg se obtuvo el 1.96% en el grupo observacional “*sin resiliencia*” y no se presento ningún caso en el grupo de control.

Grafica 14. Comparación de frecuencias de Resiliencia según las escala de Grotberg y Wolyn y Wolyn.



Grafica 15. **Comparación de frecuencias de Resiliencia “poco fomentada”** según las escala de Grotberg y Wolyn y Wolyn.



PRUEBAS ESTADÍSTICAS

Análisis de datos

Prueba de χ^2 para conocer la relación entre **Embarazo y Resiliencia** en relación a la **Competencia Social**.

“En esta prueba estadística se considero a la competencia social una de las características de la Resiliencia” y trastorno a la resiliencia poco fomentada y sin este trastorno a la presencia de Resiliencia fomentada

Competencia Social

$$\chi^2 = \sum \frac{O-E^2}{E}$$

Embarazo

Frecuencias Observadas.

		+	-	
Resiliencia poco fomentada	+	22.1	8.5	30.6
Resiliente	-	77.9	91.5	169.4
		100	100	200

Frecuencias esperadas.

Resiliencia poco fomentada	15.3	15.3
Resiliente	84.7	84.7

O	E	O - E	$(O - E)^2$	$\frac{(O-E)^2}{E}$
22.1	15.3	6.8	46.2	3.02
77.9	84.7	6.8	46.2	0.54
8.5	15.3	6.8	46.2	3.01
91.5	84.7	6.8	46.2	0.54

$$\Sigma = 7.10$$

$$G. L. = (2-1) (2-1)$$

$$(1) (1) = 1$$

X^2 de Tablas de 3.84

$$\alpha = 0.05$$

Interpretación

X^2 Calculada es igual a 7.10 que resulta mayor que la X^2 de tablas (3.84) por lo que las variables embarazo en la adolescente y Resiliencia están relacionadas y resultan estadísticamente significativas.

Riesgo Relativo entre Embarazo y Resiliencia

$$R R = \frac{\text{Índice de expuestos}}{\text{Índice de los no expuestos}} = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)}$$

Embarazo

		+	-										
Resiliencia		<table style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 50px; vertical-align: middle; text-align: center;">22.1</td> <td style="width: 50%; height: 50px; vertical-align: middle; text-align: center;">8.5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">a</td> <td style="padding: 2px 5px;">b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">c</td> <td style="padding: 2px 5px;">d</td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; height: 50px; vertical-align: middle; text-align: center;">77.9</td> <td style="width: 50%; height: 50px; vertical-align: middle; text-align: center;">9.5</td> </tr> </table>		22.1	8.5	<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">a</td> <td style="padding: 2px 5px;">b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">c</td> <td style="padding: 2px 5px;">d</td> </tr> </table>	a	b	c	d		77.9	9.5
22.1	8.5												
<table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">a</td> <td style="padding: 2px 5px;">b</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">c</td> <td style="padding: 2px 5px;">d</td> </tr> </table>	a	b	c	d									
a	b												
c	d												
77.9	9.5												
Poco fomentada	+												
Sin resiliencia	-												

$$R R = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)} = \frac{22.1/(22.1 + 8.5)}{77.9/(77.9 + 91.5)} = \frac{27.1/ 306.6}{77.9/ 169.4} = \frac{0.72}{0.45} = 1.6$$

Interpretación.

Riesgo Relativo. Las adolescentes embarazadas tienen 1.6 veces más riesgo de presentar **resiliencia** de tipo **“poco fomentada”** que las adolescentes sin embarazo.

Valor Predictivo Positivo

$$V P P = \frac{a}{a + b} = \frac{22.1}{22.1 + 8.5} = \frac{22.1}{30.6} = 0.72 = 72\%$$

Interpretación:

Existe el 72 % de posibilidad de padecer **resiliencia “poco fomentada”** siempre que exista embarazo en la adolescente.

Valor Predictivo Negativo

$$V P N = \frac{d}{c + d} = \frac{91.5}{77.9 + 91.5} = \frac{91.5}{169.4} = .54 = 54\%$$

Interpretación:

La posibilidad de no presentar la **resiliencia “poco fomentada”** es del 54% cuando la adolescente no presente embarazo.

Prueba de χ^2 para conocer la relación entre embarazo y Resiliencia en relación a la Autoestima.

“En esta prueba estadística se considero a la autoestima una de las características de la Resiliencia” y trastorno a la resiliencia poco fomentada y sin este trastorno a la presencia de Resiliencia fomentada

Autoestima:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Embarazo

Frecuencias observadas.

		Embarazo		
		+	-	
Resiliencia poco Fomentada +	+	20.0	6.2	26.2
	-	80	93.8	173.7
Resiliente -				200
		100	100	

Frecuencias esperadas

	+	-	
	13.1	13.1	Resiliencia poco Fomentada
Resiliente	86.8	86.8	

O	E	O - E	$(O - E)^2$	$\frac{(O-E)^2}{E}$
20.0	13.1	6.9	47.6	3.6
80.0	86.8	6.8	46.2	0.5
6.2	13.1	6.9	47.6	3.6
93.8	86.8	7.0	49.0	0.5

$\Sigma = 8.20$

G. L. = (2-1) (2-1)

(1) (1) = 1

X^2 de Tablas de 3.84

$\alpha = 0.05$

Interpretación:

X^2 Calculada es igual a 8.20 que resulta mayor que la X^2 de tablas (3.84) por lo que las variables embarazo en la adolescente y Resiliencia en cuanto a la autoestima se encuentran relacionadas y estadísticamente significativas.

Riesgo Relativo entre embarazo y Resiliencia en relación a la Autoestima.

“En esta prueba estadística se considero a la autoestima una de las características de la Resiliencia” y trastorno a la resiliencia poco fomentada y sin este trastorno a la presencia de Resiliencia fomentada.

Autoestima

$$RR = \frac{\text{Índice de expuestos}}{\text{Índice de los no expuestos}} = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)}$$

Embarazo

		+	-
Resiliencia			
Poco fomentada	+	20.0	6.2
		a	b
Resiliente	-	80.0	93.8
		c	d

$$RR = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)} = \frac{20/(20 + 6.2)}{80/(80 + 93.8)} = \frac{20/26.2}{80/173.8} = \frac{0.7}{0.4} = 1.75$$

Interpretación.

Riesgo relativo. Las adolescentes embarazadas tienen 1.7 veces más riesgo de presentar **resiliencia** de tipo de **“poco fomentada”**.

Valor Predictivo Positivo

$$V P P = \frac{a}{a + b} = \frac{20.0}{20.0 + 6.2} = \frac{20.0}{26.2} = 0.76 = 76\%$$

Interpretación:

Existe el 76% de posibilidad de padecer **resiliencia “poco fomentada”** siempre que exista embarazo en la adolescente.

$$V P N = \frac{d}{c + d} = \frac{93.8}{80 + 93.8} = \frac{93.8}{173.8} = .53 = 53\%$$

Interpretación:

La posibilidad de no presentar la **resiliencia “poco fomentada”** es del 54% cuando la adolescente no presente embarazo.

Prueba de χ^2 para conocer la relación entre embarazo y Resiliencia en relación a la Autonomía.

“En esta prueba estadística se considero a la autonomía una de las características de la Resiliencia” y trastorno a la resiliencia poco fomentada y sin este trastorno a la presencia de Resiliencia fomentada

Autonomía

$$\chi^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Frecuencias observadas.

+ -

Resiliencia poco Fomentada	+	17	8	25
Resiliente	-	83	92	175
		100	100	200

Resiliencia poco fomentada	+	12.5	12.5
Resiliente	-	87.5	87.5

O	E	O - E	$(O - E)^2$	$\frac{(O-E)^2}{E}$
17	12.5	4.5	20.25	1.62
83	87.5	4.5	20.25	0.23
8	12.5	4.5	20.25	1.62
92	87.5	4.5	20.25	0.23

$$\Sigma = 3.70$$

$$G. L. = (2-1) (2-1)$$

$$(1) (1) = 1$$

X^2 de Tablas de 3.84

$$\alpha = 0.05$$

Interpretación

X^2 Calculada es igual a 3.70 que resulta menor que la X^2 de tablas (3.84) por lo que las variables embarazo en la adolescente y Resiliencia en relación a la autonomía no están relacionadas estadísticamente.

Riesgo Relativo entre embarazo y Resiliencia en relación a la Autoestima.

“En esta prueba estadística se considero a la autoestima una de las características de la Resiliencia” y trastorno a la resiliencia poco fomentada y sin este trastorno a la presencia de Resiliencia fomentada

Autoestima

$$R R = \frac{\text{Índice de expuestos}}{\text{Índice de los no expuestos}} = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)}$$

		+	-
Resiliencia no fomentada	+	17	8
		a	b
Resiliente	-	83	92
		c	d

$$RR: \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)} = \frac{17/(17 + 8)}{83/(83 + 92)} = \frac{17/ 25}{83/175} = \frac{0.7}{0.4} = 1.7$$

Interpretación.

Riesgo relativo. Las adolescentes embarazadas tienen 1.7 veces más riesgo de presentar **resiliencia** de tipo de **“poco fomentada”**.

Valor Predictivo Positivo

$$V P P = \frac{a}{a+b} = \frac{17}{17+25} = \frac{17}{42} = 0.4047 = 40.47\%$$

Interpretación:

Existe el 40.47 % de posibilidad de padecer **resiliencia “poco fomentada”** siempre que exista embarazo en la adolescente.

$$V P N = \frac{d}{c+d} = \frac{92}{83+92} = \frac{92}{175} = 0.5257 = 52.57\%$$

Interpretación:

La posibilidad de no presentar la **resiliencia “poco fomentada”** es del 52.57 % cuando la adolescente no presente embarazo.

Prueba de X^2 para conocer la relación entre embarazo y Resiliencia en relación a la Confianza.

“En esta prueba estadística se considero a la confianza una de las características de la Resiliencia” y trastorno a la resiliencia poco fomentada y sin este trastorno a la presencia de Resiliencia fomentada

Confianza

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Frecuencias observadas.

+

-

Resiliencia poco Fomentada	+	21	9	30
Resiliente	-	79	91	170
		100	100	200

Frecuencias esperadas

+ -

Resiliencia poco fomentada	15	15
Resiliente	85	85

O	E	O - E	(O - E) ²	$\frac{(O-E)^2}{E}$
21	15	6	36	2.4
79	85	6	36	0.42
9	15	6	36	4.0
91	85	6	36	0.39

$\Sigma = 7.21$

G. L. = (2-1) (2-1)

(1) (1) = 1

X² de Tablas de 3.84

α = 0.05

Interpretación:

X² Calculada es igual a 7.21 que resulta mayor que la X² de tablas (3.84) por lo que las variables embarazo en la adolescente y Resiliencia en relación a la confianza están relacionadas y es estadísticamente significativa.

Riesgo Relativo

$$RR = \frac{\text{Índice de expuestos}}{\text{Índice de los no expuestos}} = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)}$$

		+	-
Resiliencia poco Fomentada +	+	21	9
		a	b
Resiliente -	-	79	91
		c	d

$$RR = \frac{(a/a+b)}{(c/c+d)} = \frac{21/(21 + 9)}{79/(79 + 91)} = \frac{21/30}{79/170} = \frac{0.7}{0.4} = 1.7$$

Interpretación.

Riesgo relativo. Las adolescentes embarazadas tienen 1.7 veces más riesgo de presentar **resiliencia** de tipo de **“poco fomentada”**.

Valor predictivo positivo.

$$V P P = \frac{a}{a+b} = \frac{21}{21+9} = \frac{21}{30} = 0.7 = 70 \%$$

Interpretación:

Existe el 70 % de posibilidad de padecer **resiliencia “poco fomentada”** siempre que exista embarazo en la adolescente.

$$V P N = \frac{d}{c+d} = \frac{91}{79+91} = \frac{91}{170} = .5 = 50 \%$$

Interpretación:

La posibilidad de no presentar la **resiliencia “poco fomentada”** es del 50 % cuando la adolescente no presente embarazo.

Prueba de Chi cuadrada para relacionar el embarazo en la adolescente y la Resiliencia.

Resiliencia

Embarazo y Resiliencia (Grotberg, y Wolyn y Wolyn)

$$X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

		Frecuencias observadas.		
		+	-	
Resiliencia poco Fomentada	+	11	4	15
Resiliente	-	40	47	87
		51	51	102

Frecuencias esperadas

+ -

Resiliencia poco fomentada +	7.5	7.5
Resiliente -	43.5	43.5

O	E	O - E	(O - E) ²	$\frac{(O-E)^2}{E}$
11	7.5	3.5	12.25	1.63
40	43.5	3.5	12.25	.28
4	7.5	3.5	12.25	1.63
47	43.5	3.5	12.25	1.63

$$G. L. = (2-1) (2-1)$$

$$(1) (1) = 1$$

$$\alpha = 0.05$$

$$\Sigma = 3.82$$

X^2 de Tablas de 3.6

Interpretación:

X^2 Calculada es igual a 3.8 que resulta igual que la X^2 de tablas (3.8) por lo que las variables embarazo en la adolescente y Resiliencia están relacionadas y resultan estadísticamente significativa.

Valor Predictivo Positivo.

$$V P P = \frac{a}{a+b} = \frac{11}{11+4} = \frac{11}{15} = 0.7 = 70 \%$$

Interpretación:

Existe el 70 % de posibilidad de padecer **resiliencia “poco fomentada”** siempre que exista embarazo en la adolescente.

Valor Predictivo Negativo.

$$V P N = \frac{d}{c+d} = \frac{47}{41+47} = \frac{47}{88} = .5 = 50 \%$$

Interpretación:

La posibilidad de no presentar la **resiliencia “poco fomentada”** es del 50 % cuando la adolescente no presente embarazo.

DISCUSIÓN

La *Resiliencia* es un conjunto de características ideales que todo ser humano debe poseer, con la finalidad de enfrentar y sobreponerse a todo factor adverso que se le presente a través de la vida, tales como retos, situaciones de pérdida y factores estresores en general como la cultura, la economía y con ellos la integración como individuo a nuestra sociedad.

Entonces todo ser humano debiera poseer un alto grado la *Resiliencia para sobrevivir a los embates de la vida actual, a través de todas las etapas de su ciclo de vida.*

El no poseer este conjunto de características puede conllevar a no alcanzar el éxito total o en más del 50% al 70% se sabe no se sobreponerse del todo a las situaciones adversas con las que estén en contacto⁸, esto se ha reportado en estudio en jóvenes o esta situación puede asociarse a depresión¹⁵ originando la pérdida de la autoestima (18%)¹⁹ y en los casos más graves es uno de los factores asociados a patologías orgánicas (8.7%) que pueden llegar a conductas de mayor riesgo que pueden originar aumento en la incidencia de suicidios en nuestro país.

La base mayor de la pirámide poblacional de las instituciones de primer nivel de salud en Tabasco la ocupan niños y adolescentes, tan solo en esta unidad se encuentran adscritos 4336 adolescentes de 10 a 19 años y de estos el 18% está representado por embarazadas en esta etapa de la vida. La adolescencia represente la base de la sociedad mexicana futura, su bienestar bio-psicosocial compete al personal de salud, en donde el médico familiar tiene un rol relevante en la detección, prevención y corrección de las conductas de riesgo que puedan disminuir la Resiliencia en los adolescentes, principalmente en la embarazada, que por sí sola esta situación se puede ver reflejada con la pérdida de estas características dependiente de las expectativas que la joven tenga en el ámbito personal familiar y social que repercutan en el bienestar de ella misma y su producto.

La frecuencia de resiliencia poco fomentada reportada por diversos estudios, difiere del 16.54% a 52%, dependiendo de la edad del paciente^{26,27}. así nuestro estudio comparado con estos se sitúa por arriba o por debajo del porcentaje menor de la población que reporta la literatura, esto se debe a la edad estudiada. Este estudio en forma general, es decir en adolescentes con y sin embarazo que constituyeron los 2 grupos de estudio el porcentaje fue de 13.73%, y realizando la medición en las embarazadas se sitúa en mayor porcentaje en 18.62% de resiliencia disminuida, con la diferencia de pertenecer solo al sexo femenino y tener como característica el estar embarazada.

La diferencia de la población estudiada en este trabajo, en cuanto a preparación académica estas adolescentes tienen un mayor porcentaje de grado académico que reporta la literatura de mujeres estudiadas con el mismo propósito.

A pesar de que hoy en día se considera a la Resiliencia como un tema relevante para la sociedad, es relativamente nuevo este termino, por lo que existen antecedentes del significado , de su importancia y trascendencia en cuanto a visualizar líneas de posibles tendencias para evaluar a la *Resiliencia* en los diferentes grupos etareos que forman parte de las poblaciones de derechohabientes de los primeros niveles de atención de la salud, en el caso de las adolescentes embarazadas existen pocos resultados reportados y conociendo que reúnen muchos factores de riesgo psicosociales (8.7% a 18.9%) por ejemplo, trastornos emocionales de angustia y depresión hasta trastornos neuróticos, llegando a la patología orgánica con daño y retraso mental y los riesgos biológicos propios de la condición de la adolescencia, por lo que este campo se constituye en una de las líneas de investigación del medico familiar. El tema se encuentra publicado en mayor frecuencia en los países de Latinoamérica, en donde existen 44 proyectos, 12 en Brasil, 10 en Perú, 6 en Argentina y 5 en Chile.

Existen varios modelos con los que se ha llegado a conceptualizar a la Resiliencia, en este trabajo empleamos el de la estructura basado en

autoestima, competencia social, confianza y la autonomía de Edith Grotberg impulsora del Trabajo mundial de Resiliencia. Respecto a esta última característica de resiliencia es importante señalar que en este estudio no resultó con significancia estadística. Otros modelos se basan en la regresión a las características de donde partieron los individuos como renovación ecológica, otras basadas en el componente desafío- fortaleza y daños sucumbe. El Modelo de la casita basado en una representación grafica en donde se puede definir las habilidades *Resilientes* de la persona. El de Prevención- promoción enfocada a los factores de riesgo y el modelo de Promoción- educativa. Con respecto a estos dos ultimo modelos queda como sugerencia de este estudio la utilización de estos para incidir e impactar en los factores de riesgo de la población adolescente embarazada claro esta que lo primero es promover la educación sexual con responsabilidad.

En el Estado de Tabasco se han realizado estudios en adolescentes de ambos sexos en Población abierta TESIS, la diferencia con nuestro estudio radica en la condición de que las estudiadas se encontraban gestando y que pertenecen a la población cautiva de la UMF No. 39 del IMSS.

Este trabajo aporta una nueva visión de análisis de resultados obtenidos con el Test de Grotberg y Wolyn y Wolyn, teniendo como resultado la frecuencia de la Resiliencia en Relación al Embarazo en Adolescentes y no solo reportando las características porcentuales individuales de la Resiliencia. También contribuye estadísticamente en dar a conocer la Relación entre las variables adolescente embarazada y la *Resiliencia* como factor de riesgo (RR= 1.7) y predice la disminución de la resiliencia estadísticamente con un valor alto (VPP= 70%) siempre que el embarazo se presente en la etapa de la adolescencia.

Asimismo, después de intervenir en este estudio, resulta relevante la sugerencia de detección del grado de Resiliencia en la población adolescente embarazada adscrita a cada consultorio de la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del IMSS, sin dejar de comentar que se requiere implementar cursos de actualización sobre el tema a los médicos Familiares. De esta manera se contaría con una plantilla medica capaz de visualizar los factores de riesgo y tratar de modificar las conductas de riesgo de esta población, aunque debemos

de mencionar que no todas las Instituciones de Salud cuentan con centros especializados de atención a Adolescente, así es que se debería buscarse los vínculos con las Instituciones del estado que si cuente con ellas.

CONCLUSIONES

La edad de la población de los grupos estudiados de adolescentes oscilo entre los 14 y 19 años. Una quinta parte del grupo de embarazadas fueron casadas a diferencia del grupo de no embarazadas que en la misma proporción fueron solteras. EL nivel de escolaridad fue en mayor porcentaje el de preparatoria y en segundo lugar el universitario en ambos grupos de mujeres estudiadas. Casi la mitad de adolescentes fueron estudiantes en ambos grupos aunque fue mayor esta ocupación en el grupo control.

Se identifico menor *Resiliencia* en el grupo observacional de embarazadas comparado con el control en relación a la característica de competencia social y fue mayor la frecuencia del grado “*poco resiliente*” y en mínima frecuencia se encontró el grado “*no resiliente*”.

La autoestima se presento en las cuatro quintas partes de las embarazadas y en mayor proporción en el grupo control, lo que significa menor resiliencia en el primer grupo. Se encontró en segundo lugar poco *resiliente* y en último lugar no resiliente en las embarazadas comparado con cifras menores en las no embarazadas. Fue menor la autonomía en las embarazadas que en las no embarazadas por lo tanto menor resiliencia en las primeras. La frecuencia de autonomía que clasifica en poco *resiliente* se presento en mayor porcentaje en las embarazadas con respecto a las mujeres sin embarazo, y la no *resiliencia* solo se presento en las embarazadas. Es menor la confianza que poseen la mujeres adolescentes embarazadas que las no embarazadas por lo tanto menor *resiliencia* en el primer grupo y también fue mayor el porcentaje de poco *resiliente*, sin ningún caso de no *resiliencia*.

Se encontró menor grado de *Resiliencia* en el grupo de adolescentes embarazadas que en las no embarazadas medidas con las escalas de Grotberg y Wolyn y Wolyn. Se encontró 19.61% de Poco Resiliente y el 1.96% sin resiliencia en las adolescentes embarazadas con escala de Grotberg.

La diferencia entre estas escalas, es que la de Wolyn detecto mayormente el tipo de poco *resiliente* y la de Grotberg fue la única que detecto la no resiliencia en un paciente del grupo observacional a diferencia de la de Wolyn y Wolyn. La *resiliencia* en relación a competencia social, autoestima, autonomía y confianza se encontró disminuida en el grupo observacional comparada con el control.

La competencia social, autoestima y confianza, características individuales de la *Resiliencia* resultaron estadísticamente relacionadas con la variable embarazo y esta ultima representan de 1.6 a 1.7 veces de mayor riesgo de presentar en la paciente disminución de la *Resiliencia*.

El valor predictivo positivo se convierte en un valor clínico para el medico familiar ya que va de 70 a 76% de riesgo de que se disminuya la *Resiliencia* siempre que exista un embarazo en la adolescencia.

RECOMENDACIONES.

Los resultados de este estudio destacan la importancia de realizar programas de capacitación para el personal de salud, sobre resiliencia, ya que es un tema de reciente objeto de estudio, es útil para poder incidir e impactar en los posibles factores de riesgo que llevan a los adolescentes a conductas de riesgo que llevan a la población adolescente al embarazo, esto se podrá llevar a efecto a través de determinar su grado de resiliencia y el fomento de ella en las diversas redes de apoyo que se puedan formar dentro del núcleo familiar, en las escuelas, con su grupo de pares, y a nivel institucional ya que no se cuenta con centros especializados para la atención de adolescentes. Además le permitiría las adolescentes embarazadas, a ampliar sus expectativas respecto a si mismas en todos los aspectos de su vida.

El esfuerzo de este estudio, abre diversas líneas de investigación que permitan planear mecanismos fáciles de aplicar para la detección en nuestro contexto sociocultural, de adolescentes con la necesidad de fomentar su resiliencia e integrarse a la vida productiva en forma exitosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Kotliarenco, M. A. Estado de Arte en Resiliencia. Organización Panamérica de la Salud. Pág. 5-9. Julio 1997
- 2.- Lara, M. E ; Pandolfil, P. P.; Martínez, F. C. Resiliencia: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad. Rev. Apsique Noviembre 2000, Pág. 1-7.
- 3.- Raffo A. G. Rummsy C. La Resiliencia, Revista Latinoamericana de Psicología Universidad del Desarrollo de Chile 1997. gr.eros@entelchile.net.
- 4.- Quintero, V. A. La Resiliencia: Un reto para trabajo social. Cuadernillo No. 212 Universidad de Celdas Departamento de estudios de Familiar 1999, Pág. 25-31.
- 5.- Navarro, m. Silverira, P. Resiliencia y Actualización Revista de Salud <Militar Vol. 26 No. 1 Pág. 75 Julio 2004.
- 6.- Olijela V. R. Mollet C. J. Abordaje conceptual de la Resiliencia Artículo 113 16 de junio 2002.
- 7.- Badilla, A. H. Para comprender el concepto de Resiliencia, Rev. de T. S., Colegio de Trabajadores Sociales de Costa Rica. Diciembre de 1997. p. 565-574
- 8.- Manciaux <http://resilienciamexico.com/resiliencia/conceptos> 2003.
- 9.- Grotberg, E. La resiliencia en acción. Trabajo presentado en el Seminario Internacional sobre Aplicación del Concepto Resiliencia en Proyectos Sociales Universidad Nacional de Lanús. Fundación Van Leer. Pág. 165-167. 1997.
- 10.- Mucci, R. J. El concepto de Resiliencia. Logoforo sitio de psicoterapia existencial humana. <http://.logoforo.com/aunm/templates/?a=70&z=13> del 04 09 2004.
- 11.- Bonnie, B. Las bases del paradigma de la Resiliencia. Artículo del Código de la niñez y la Adolescencia. Centro de Documentación Fundación Paniamor 6-1998.p. 1-4
- 12.- Issler, R. J. El embarazo en la adolescencia, Universidad Nacional del Noreste De Argentina. www.unfu.ib.edu.pe/facultades/investigacion/psicologia/htm.

- 13.- Bernal, M. S. Olivares, V. C. Embarazo en la adolescencia. Pág. 1-4. Hospital Civil de Guadalajara 1997.
- 14.- Espinosa M. A. Azures L. B. Adolescentes. Revista Medica del Hospital General de México. Vol. 64 No. 3 Julio-sep 2001 Pág. 167-174.
- 15.- Opoku T. Embarazo en la adolescente. Pág. 2-5 Club de mujeres de UNESCO "La Colombe" Jóvenes para el desarrollo y la cooperación. 1994.
- 16.- Aldana E. Taquín LC. Depresión durante el embarazo en adolescentes Perinatol Reprod Hum 1977 11(4) 184-189.
- 17.- Florenzano U. Conductas de riesgo y factores protectores. Curso Salud y desarrollo de adolescente Universidad Catolica de Chile 1999.
- 18.- Hankkert r. La cultura y las diferencias sociales, inciden en la aceptación de un embarazo no deseado, CIMAC, Comunicación e Información de la mujer. Octubre 2001.
- 19.- Gómez de Giarudo M. T. Adolescencia y prevención de riesgo y resiliencia, II Jornadas de Formación Niñez y Adolescencia en situación de riesgo. Facultad de psicología y sicopatología. Universidad del Salvador Septiembre 2002.p 1-7.
- 20.- Landauro J. R. Rivadeneyra E. Ansiedad estado-rasgo en adolescentes primigestas con embarazo deseado-no-deseado de zonas Marginales de Lima Metropolitana. www.unfu.ib.edu.pe/facultades/investigacion/psicologia/htm.
- 21.- García P. La difícil realidad del embarazo adolescente. Unidad de Adolescencia de la Clínica Alemana, Pág. agosto 2002.
- 22.- Idrobo. B .N. Castellano L. Factores Protectores familiares en adolescentes embarazadas en la Ciudad de Quito Ecuador 1998.
- 23.- Alatorre J. Atkin L. , .Adolescentes embarazadas y pobreza. 1998 p. 13-30.
- 24.- Manciaux, M. La Resiliencia, Resistir y Rehacerse. Barcelona, Pág. 77-91 marzo 2003.
- 25.- Grotberg H.E. The Internacional Resilience protects findings the Resaca and the effectiveness of Interventions, Canada 1-25 Julio 1996.

- 26.- Ahedo, C. P. Las bajas expectativas de vida en la Adolescente que influyen en un embarazo temprano. Revista de Investigación en Pediatría, México 1999. Pág. 12-18.
- 27.- Castillo S. La Adolescente embarazada y su familia Revista de Psicología en el ámbito perinatal Instituto Nacional de Perinatología México. Pág. 1-6.
- 28.- Keb, Q. V. Resiliencia en la comunidad de adolescentes del área de influencia C. S. Tierra Colorada Revista de Salud en el Estado de Tabasco Febrero 2004, Pág. 23-29
- 29.- Henderson, G. e. CIVITIAN internacional Resec. Center. UAB. The Internacional Resilient. Protej. Finding from the Resaca an the effectives of Interventions. 29 12 2004 [hhh//reslienteuiuc.edu/library/grot97/a.html](http://reslienteuiuc.edu/library/grot97/a.html)
- 30.- Idrovro B. Factores familiar para prevenir conducta de riesgo en adolescentes de un Colegio de la Ciudad de Quito Ecuador 1998.Pág. 1-5.
- 31.- Issler, R. J. El embarazo en la adolescencia, Universidad Nacional del Noreste de Argentina. , www.unfu.ib.edu.pe/facultades/investigacion/psicologia/htm
- 32.- Álvarez P. Molina A. C. Diferencias de la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes Ciudad de Corrientes, Argentina Pág. 1-8 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 39 "IGNACIO GARCIA TELLEZ "

Carta De consentimiento informado para participación en proyecto de investigación clínica.

Por medio de la presente **ACEPTO** participar en el proyecto de investigación titulado "***Frecuencia de Resiliencia en relación al embarazo en adolescentes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 39***".

El objetivo del estudio es determinar la existencia y frecuencia de la Resiliencia en la adolescente embarazada.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder el cuestionario que valora las características de la Resiliencia.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre el mismo y los posible inconvenientes y beneficios que se pudieran derivar de mi participación en el estudio que son los siguientes: No tiene ningún tipo de repercusión física, moral, mental y psicológica sobre mi persona y ha sido considerados los criterios de protección a los seres humanos según lo declara Helsinki.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi estudio, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de las preguntas del cuestionario, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que derive de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información actualizada que se obtenga durante el estudio aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer, respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del Paciente ACEPTO
y firma del investigador.

Nombre

Testigo.

Testigo

Anexo 2

Encuesta de Resiliencia Modelo de Grotberg.

Ficha de identificación:

- 1.- Edad
- 2.- Escolaridad.
- 3.- Ocupación
- 4.- Religión
- 5.- Estado Civil.

TENGO	siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	nunca
1.- Personas alrededor en quien confié y quienes me quieren sin juzgar si soy bueno o malo.					
2.- Personas que enseñan lo necesario para evitar peligros y problemas.					
3.- Personas que mediante su ejemplo me enseñan la manera correcta de proceder.					
4.- Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando tengo dudas.					
5.- Personas que muestran interés en mis problemas					
6.- Personas que me invitan a realizar tareas para mi comunidad y/o mi familia.					
7.- Personas que me orientan con palabras de aliento.					
8.- Personas que confían en mis y me lo dicen.					
9.- Una (s) persona (s) en mi familia, en mi comunidad o en la escuela que me valora (n) y me aprecia (n).					

SOY	siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	nunca
10.- Una persona por la que los otros sienten aprecio y cariño.					
11.- Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.					
12.- Respetuoso de mi mismo y mi prójimo.					
13.- Capaz de aprender lo que mis maestros me enseñan.					
14.- Agradable y comunicativo con mis familias y mis vecinos.					
15.- Capaz de ver las diferencias entre mis ideas con las de mis amigos.					
16.- Capaz de encontrar lo divertido a mis fracasos y errores y mirarlas de diferente manera.					
17.- Una persona que se siente acompañada y apoyada aun cuando estoy solo (a).					
ESTOY					
18.- Dispuesto de responsabilizarme de mis actos.					
19.- Seguro de que todo saldra bien.					
20.- Triste lo reconozco y lo expreso con la seguridad de encontrar apoyo.					
21.- Rodeado de compañeros que me aprecian.					
22.- Dispuesto ayudar y estoy seguro que será valorada mi ayuda.					
23.- Seguro de que algo o alguien me cuida y me ayuda a superarme.					
PUEDO					
24.- Hablar de las cosas que me asustan y me inquietan.					
25.- Buscar la manera de resolver mis problemas.					
26.- Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no esta bien.					
27.- Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar..					
28.- Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.					
29.- Equivocarme y hacer travesuras sin perder el afecto de mis padres.					
30.- Sentir afecto y respeto.					
31.- Tomar con buen humor mis problemas para enfrentarlos de mejor forma.					
32.- Buscar varias formas para resolver un problema					

ANEXO 2. ESCALA DE WOLYN Y WOLYN.

Características	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	TOTAL	%	
1.- Control de impulsos										5						5																	10	1.6	
2.- Amor incondicional	5			5	5								5						5	5													30	4.8	
3.- Planeación.													5	5			5	5													5		25	4	
4.- Creatividad.					5										5		5														5		20	3.2	
5.- Persistencia.															5																		05	0.8	
6.- Autocrítica					5		5			5		5		5		5																	30	4.8	
7.- Moralidad.			5			5	5			5		5				5																	30	4.8	
8.- Sentido del humor						5															5						5	5					20	3.2	
9.- Pedir Ayuda												5		5				5	5														20	3.2	
10.- comunicación									5					5			5	5								5							25	4	
11.- Actitudes propositivas						5							5											5			5	5		5			30	4.8	
12.-Iniciativa						5		5	5			5					5	5									5			5			40	6.3	
13.-Distancia adaptativa					5		5						5														5						20	3.2	
14.- Sentido de identidad.							5				5	5															5						20	302	
15.-Independencia																											5			5	5		15	2.4	
16.-Esperanza											5	5							5														15	2.4	
17.- Interés	5	5	5	5	5			5				5	5						5	5			5	5	5	5						70	11		
18.- Compasión	5	5	5	5	5			5				5	5						5	5				5	5	5							65	10.3	
19.- Relaciones respetuosas	5	5	5	5	5			5				5	5						5	5				5									55	8.7	
20.- Modelos positivos de ayuda.	5	5	5					5	5																5								30	4.8	
21.- Mensajes positivos.			5																						5								10	1.6	
22.- Participación significativa.																									5			5	5					15	2.4
23.- Introspección														5														5	5					15	2.4

ANEXO 3
Anexo 4

Tabla 14. Porcentaje de evaluación obtenido por la escala de **Wolyn y Wolyn** de las mujeres embarazadas (grupo observacional) en las que se detecto Resiliencia del tipo **“Poco Fomentada”**

630	100	10.	542	84.7	285	45.5	240	36.7	80.7	345	54.9	302	48.0	87.5	RPF
IDEAL		Calificación individual			Ideal del 1er cuartil		Primer Cuartil			Segundo Cuartil				Resultado	
%	Paciente	Total Puntuación bruta	%	Puntuación Bruta Ideal Resiliencia	%	1°.Puntuación Bruta	% Parcial	% Total. De Resiliencia	Puntuación Bruta Ideal Resiliencia	%	2o	% Parcial	% Total	Tipo de Resiliencia de en base a los 2 cuartiles	
630	100	1	550	87.6	285	45.5	243	38.7	85.0	345	54.9	307	48.9	88.0	Poco Fomentada (RPF)
630	100	2	591	94.6	285	45.5	251	40.1	94.8	345	54.9	340	54.1	98.5	RPF
630	100	3	543	86.4	285	45.5	241	38.4	84.3	345	54.9	302	48.0	87.5	RPF
630	100	4	607	97.8	285	45.5	269	42.9	94.3	345	54.9	338	53.7	97.9	RPF
630	100	5	620	97.9	285	45.5	282	44.0	96.7	345	54.9	338	53.9	98.1	RPF
630	100	6	502	92.7	285	45.5	257	41.0	90.1	345	54.9	325	51.7	94.2	RPF
630	100	7	617	98.3	285	45.5	277	44.2	97.1	345	54.9	340	54.1	98.5	RPF
630	100	8	553	88.0	285	45.5	247	39.4	86.5	345	54.9	306	48.6	88.5	RPF
630	100	9	574	91.3	285	45.5	251	40.0	87.9	345	54.9	323	51.3	93.6	RPF

ANEXO 5

Tabla 15. Porcentaje de evaluación obtenido por la escala de **Wolyn y Wolyn** de las mujeres sin embarazo (Grupo control) en las que se detecto Resiliencia del tipo “**Poco Fomentada**”

IDEAL		Calificación individual			Ideal del 1er cuartil		Primer Cuartil			Segundo Cuartil					Resultado
Puntuaciones brutas ideal de Resiliencia	%	Paciente	Total Puntuación bruta	%	Puntuación Bruta Ideal Resiliencia	%	1°.Puntuación Bruta	% Parcial	% Total. De Resiliencia	Puntuación Bruta Ideal Resiliencia	%	2o	% Parcial	% Total	Tipo de Resiliencia de en base a los 2 cuartiles
630	100	1	578	92.1	285	45.5	251	40.0	88.0	345	54.9	327	52.1	94.8	Poco Fomentada (RPF)
630	100	2	468	74.6	285	45.5	204	32.5	71.5	345	54.9	264	42.1	92.5	(RPF)
630	100	3	619	98.6	285	45.5	279	44.5	97.8	345	54.9	340	54.1	98.5	(RPF)
630	100	4	580	92.3	285	45.5	259	41.3	90.8	345	54.9	321	51.0	93.0	(RPF)

ANEXO 6

Tabla 16. **Porcentaje del Tipo de Resiliencia valorada por la escala de *Grotberg***

Resiliencia	Grupo observacional		Grupo control	
	FA	FR	FA	FR
Con Resiliencia	40	78.43	47	92.15
Poco Resiliente	10	19.61	4	7.85
Sin Resiliencia	1	1.96	0	0
Total	51	100	51	100